

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 25 Mai 1895, à 1 heure

PAR

Paul JONNART

DE

L'Épididymite syphilitique tertiaire

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM.

{	LE DENTU, professeur.
	BRUN, agrégé.
	NÉLATON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553816_0054

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 25 Mai 1895, à 1 heure

PAR

Paul JONNART

DE

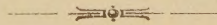
L'Épididymite syphilitique tertiaire

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : MM.

{	LE DENTU, professeur.
	BRUN, agrégé.
	NÉLATON, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL .
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en céphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	N ^{III} .
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Dans les derniers mois que nous avons passés dans le service de Monsieur le Professeur Duplay, à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de tumeur de l'épididyme dont il était difficile à première vue de déterminer la nature. Après quelques hésitations, et bien que, chez deux des malades observés, on n'ait pu trouver de traces de syphilis antérieure, Monsieur Duplay, pour des raisons que nous exposerons dans le cours de notre thèse, conclut à un accident syphilitique tertiaire localisé à l'épididyme, et institua le traitement spécifique. L'amélioration rapide survenue sous l'influence de ce traitement ne fit que confirmer les vues de notre maître.

En consultant les auteurs classiques sur cette question des accidents syphilitiques de l'épididyme, nous fûmes frappés de la divergence des opinions qu'ils présentaient. Les uns admettent nettement l'existence de l'affection tertiaire de l'épididyme; d'autres la mettent en doute; enfin quelques auteurs et des plus autorisés n'en disent mot.

« Les auteurs classiques, dit Rollet, à l'heure actuelle divisent les affections syphilitiques du testicule et de l'épididyme en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse tertiaire ; il y a lieu, selon nous, d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite syphilitique tertiaire une place et une description à part ».

(Epididymite syphilitique tertiaire, par Étienne Rollet (de Lyon). Archives provinciales de chirurgie, avril 1893).

C'est ce qui nous détermina à étudier cette question et à relever toutes les observations qui nous ont paru s'y rapporter, à prouver enfin qu'à côté de l'épididymite syphilitique secondaire dont la description faite par M. Dron, en 1863, est devenue classique, il y a place pour une lésion syphilitique présentant en général des caractères peu différents de cette dernière, mais évoluant dans le cours des accidents tertiaires.

Avant d'entreprendre cette étude, nous avons tenu à nous assurer que nous n'étions pas en désaccord, sur ce point, avec nos maîtres en syphiligraphie, et nous nous sentons plus à notre aise, pour apporter nos affirmations, puisque nous pouvons nous recommander des noms si autorisés de MM. Fournier, Mauriac, Dron.

Mais nous ne voulons pas entrer dans le cœur de notre sujet, sans profiter de l'occasion qui nous est aujourd'hui offerte, pour remplir envers nos maîtres dans les hôpitaux le plus doux des devoirs.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer publiquement notre gratitude à Monsieur le Professeur Panas, qui, après nous avoir honoré de sa bienveillance pendant l'année que nous avons passée dans son service de l'Hôtel-Dieu, en qualité d'externe, veut bien aujourd'hui nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous ne pourrions trouver de termes assez vifs pour le remercier de cette nouvelle preuve de sa grande bonté.

Nous aurons toujours présents à la mémoire les magistrales leçons et les excellents conseils de MM. les Professeurs Potain et Duplay, dont nous avons été l'externe. Nous leur adressons nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée dans le cours de nos études.

Monsieur le Professeur Pinard, dont les excellentes leçons sur la pratique des accouchements nous ont si vivement intéressé, MM. Josias et Faisans, qui nous ont inculqué les premiers éléments de clinique médicale, ont droit à notre vive reconnaissance.

Nous tenons à assurer Monsieur le Docteur Demoulin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-

Dieu, que nous conserverons le meilleur souvenir des bons conseils qu'il nous a donnés dans le cours de nos études, et du gracieux concours qu'il nous a prêté pour notre thèse.

Nous prions Monsieur le Professeur Fournier, qui a mis si obligeamment ses observations à notre disposition, et Monsieur Dron, qui a bien voulu nous donner quelques avis sur le sujet que nous avons entrepris, de recevoir l'expression de nos plus sincères remerciements et de notre respectueux dévouement.

HISTORIQUE

L'histoire de l'épididymite syphilitique, telle qu'on la considère aujourd'hui, ne remonte guère avant les travaux de Dron. Jusqu'en 1863, on niait l'existence de la lésion isolée de l'épididyme, ou ceux qui l'admettaient lui reconnaissaient pour cause unique la blennorrhagie. Cependant il nous a paru intéressant de suivre l'évolution de cette question, depuis sa genèse, et nous dirons quelques mots de son histoire avant 1863.

Jusqu'au XVI^e siècle, toutes les affections des organes génitaux sont confondues : lésions scrofuleuses, lésions cancéreuses, altérations tuberculeuses et affections syphilitiques, tout est réuni et décrit sous le même chef.

C'est au XVI^e siècle qu'on commence à sortir du chaos, et on désigne sous le nom de *maladies vénériennes* tout ce qui a trait à la blennorrhagie et à la syphilis, sans distinguer la nature spéciale de chacune de ces maladies. Les accidents divers, tels qu'écoulements uréthraux, ulcérations du chancre simple, manifestations franchement syphilitiques, sont considérés comme de nature identique, et sont tous rapportés à la syphilis.

Au XVIII^e siècle, Van SWIETEN fait la même confusion.

ASTRUC (Traité des maladies vénériennes, traduit par Louis) décrit une orchite syphilitique et une orchite blennorrhagique. Il observe la lésion isolée du testicule

et même de l'épididyme ; toutefois, il n'en tire pas toutes les conséquences auxquelles on serait en droit de s'attendre, car la nature syphilitique de la blennorrhagie est encore admise, et ne lui permet pas de donner aux faits observés une interprétation exacte.

En 1786, J. HUNTER, dans son *Traité des maladies vénériennes*, essaie pour la première fois de rejeter la nature syphilitique de la blennorrhagie, et en ce qui concerne plus particulièrement l'épididyme, voici ce qu'il écrit : « A moins qu'une autre cause morbide, telle que la blennorrhagie par exemple, n'ait agi sur l'épididyme, la lésion syphilitique du testicule n'envahit ni l'épididyme, ni le canal déférent ; ces organes restant parfaitement sains pendant toute la durée de l'albuginite, quel que soit son développement. » Cette opinion, toute fausse qu'elle est, présente déjà une affirmation très nette de la possibilité de l'invasion de l'épididyme dans l'orchite syphilitique.

En 1793, Benjamin BELL, dans son *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, insiste sur la différence essentielle qui existe entre la syphilis et la blennorrhagie, et il parle en ces termes de la lésion syphilitique du testicule :

« Le corps du testicule est toujours infecté le premier ; le gonflement ne gagne l'épididyme que quand la maladie a été négligée, ou quand, faute d'en avoir connu la nature, on a jugé que le mercure ne convenait pas. »

En 1837, Astley COOPER (*Œuvres chirurgicales* : Traduct. de Chassaignac et Richelot) étudie les maladies du testicule ; il affirme nettement l'existence d'une altération franchement syphilitique du testicule. Dans plusieurs de ses observations, on trouve notée la tuméfaction de

l'épididyme, accompagnant l'engorgement syphilitique du testicule. Toutefois, il ne cite pas de cas de lésion syphilitique localisée à l'épididyme, avec testicule indemne.

En 1832, DUPUYTREN étudie le siège et la nature des engorgements de l'appareil spermatique ; il parle des engorgements syphilitiques qu'il traite et guérit par le mercure. Mais il n'insiste pas sur les différents sièges que peuvent affecter ces engorgements.

En 1844, De CASTELNAU, dans son « Mémoire sur les engorgements syphilitiques du testicule », écrit ceci : « L'épididyme est beaucoup plus volumineux que dans l'état normal ; il est dur, quelquefois lisse à sa surface, plus souvent inégal, et offrant des noyaux où l'induration est beaucoup plus prononcée qu'ailleurs.

On pourrait croire qu'il s'agit de la lésion qu'étudiera M. Dron, en 1863, mais il ajoute : « L'orchite chronique (ou l'engorgement syphilitique des testicules ; ce sont termes synonymes pour l'auteur), est rarement primitive ; presque toujours elle succède à l'aiguë..... L'antécédent presque constant est la blennorrhagie. »

Il s'agit donc pour l'auteur d'épididymite blennorrhagique. Il nie d'ailleurs le testicule syphilitique et considère comme des orchites blennorrhagiques tous les exemples qu'on en a cités. — « Il est vrai, dit M. Dron en 1863, que pour arriver à cette conclusion, M. de Castelnau est obligé d'admettre d'étranges choses, savoir : que l'orchite chronique succède d'une manière si médiate à l'orchite aiguë, que ce n'est quelquefois que 3 ans après la guérison tout-à-fait complète de celle-ci que la chronique apparaît ; ou bien encore que l'infection blennorrhagique peut s'effectuer sans donner lieu à un écoulement urétral ou autre ».

— « Je ne vois, dit de Castelnau, aucune impossibilité à

ce qu'une orchite existe, sans avoir été précédée de blennorrhagie, c'est-à-dire d'écoulement ». — « Je n'en vois pas non plus, réplique M. Dron, seulement ce ne sera pas une orchite blennorrhagique. »

Avec RICORD (Gaz. des Hôpitaux, 1845, p. 503), la question entre dans une nouvelle phase. Il admet l'existence isolée de l'épididymite, mais d'après lui, cette lésion est toujours de nature blennorrhagique. La syphilis donne lieu au sarcocèle (le mot est de lui), ou altération du testicule, qu'il appelle encore albuginite, mais ne s'attaque pas à l'épididyme, qui dans ce cas est toujours sain, ainsi que le canal déférent.

Dans les cas où le sarcocèle syphilitique s'accompagne d'épididymite, Ricord donne comme cause à cette dernière une autre affection antérieure, et en tous cas autre que la syphilis, la blennorrhagie par exemple : « En pareil cas, dit-il, on trouve une sorte de changement dans l'allure, la marche de la maladie ; ainsi, au lieu de commencer par le testicule lui-même, elle envahit d'abord l'épididyme. »

En 1846, HÉLOT, dans un Mémoire sur le Testicule syphilitique (Journal de chirurgie de Malgaigne, t. iv), rappelle l'opinion de Ricord « l'épididyme sain avec un testicule syphilitique » et ajoute : « Ceci est vrai dans l'immense majorité des cas ; cependant il nous paraît incontestable aussi que l'épididyme et le canal déférent subissent quelquefois des modifications pathologiques liées à celles du corps même du testicule. »

Voilà un premier point acquis — l'épididyme d'après Hélot, peut être atteint de syphilis en même temps que le testicule.

NÉLATON, dans une leçon à l'Hôpital des cliniques (sur

le sarcocèle syphilitique), reproduite, en 1852, dans la Gazette des Hôpitaux, signale très nettement l'augmentation de volume de l'épididyme chez deux malades atteints de manifestations évidemment syphilitiques.

MELCHIOR-ROBERT reproduit dans son Nouveau Traité des Maladies vénériennes, point pour point les idées émises par Ricord ; il nie formellement l'épididymite syphilitique, et dans le cas où l'engorgement épididymaire accompagne un sarcocèle syphilitique, il lui reconnaît toujours comme cause une blennorrhagie antérieure.

M. DIDAY, en 1858, adopte également les idées de Ricord.

M. BASSEREAU est un peu moins affirmatif et se borne à dire : « L'épididyme reste *fréquemment* étranger à l'affection syphilitique.

A l'étranger, CURLING, dans son Traité pratique des Maladies du Testicule (1858), traduit et annoté par Gosselin, parle pour la première fois des périodes de la syphilis pendant lesquelles on observe l'orchite ; il indique les caractères qui différencient l'orchite secondaire de l'orchite tertiaire. D'après lui, l'altération de l'épididyme est rare à la période secondaire ; plus fréquente, au contraire, dans la période tertiaire. « La tête de l'épididyme, dit-il, globus major, s'indure et devient noueuse ». De plus, dans quelques observations d'orchite chronique, il a noté le début par la partie inférieure de l'épididyme et la disparition de l'induration sous l'influence du traitement mercuriel.

VIRCHOW, qui reconnaît dans le sarcocèle syphilitique la forme inflammatoire et la forme gommeuse spécifique, dit de la première : « L'épididyme est presque toujours intact », et dans la seconde il ne mentionne pas de lésion épididymaire.

En résumé, avant Dron, nous voyons que la question

est fort obscure. Tous les auteurs méconnaissent la nature exacte de l'affection qui nous occupe : la plupart la passent sous silence ; il faut toutefois faire une exception en faveur d'HÉLOT et de CURLING dont les descriptions donnent un avant-goût du mémoire de DRON.

Ce mémoire : De l'épididyme syphilitique ou tumeur syphilitique de l'épididyme, parut en 1863 dans les Archives générales de médecine, t. II, novembre et décembre, p. 513 et 724. Il est basé sur 16 observations recueillies en moins de 6 mois, sur 200 syphilitiques. Dron décrit avec une rigueur scientifique la lésion syphilitique de l'épididyme, sans lésion du testicule. Voici les faits qu'il établit nettement :

1° L'épididyme peut être atteint *primitivement* dans la syphilis comme dans la tuberculose ;

2° L'épididyme peut être atteint *isolément* dans la syphilis, sans lésion concomitante du testicule ;

3° L'épididyme syphilitique se montre de préférence à la période secondaire de la syphilis.

Sur 16 observations, il y en a 10 où la constatation de la lésion épididymaire a été faite en moyenne 3 mois et demi après l'apparition du chancre. « Cependant, dans 6 cas, dit M. Dron, la lésion n'a été reconnue que beaucoup plus tard, au bout d'un an (obs. 15), de 14 mois (obs. 11), de 2 ans (obs. 14), de 3 ans (obs. 9), de 4 ans (obs. 16), de plusieurs années (obs. 13), soit que les malades l'aient portée longtemps sans s'en apercevoir, soit enfin qu'elle puisse, comme Hamilton et Curling l'ont noté pour le testicule syphilitique, se montrer *indistinctement aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis.* »

« En tous cas, même lorsqu'il paraît de bonne heure, l'épididyme syphilitique ne se montre qu'avec les formes graves ou tardives des accidents secondaires. »

M. Dron s'attache surtout à prouver la lésion isolée de l'épididyme, et sur 16 observations, 2 seulement se rapportent à l'affection épididymaire concomitante avec un sarcocèle syphilitique. « J'aurais pu, dit-il, grossir le nombre des observations de cette dernière catégorie, mais la simultanéité des deux tumeurs a déjà été signalée, et c'est seulement l'existence de la lésion isolée de l'épididyme que je prétends démontrer. Si j'ai rapporté ces deux dernières observations, c'est que les malades, n'ayant pas eu de blennorrhagie, elles prouvent contre l'opinion de M. Ricord, que cette cause occasionnelle n'est pas nécessaire pour que l'épididyme soit atteint dans le sarcocèle syphilitique. »

Il est à remarquer qu'en 1863, M. Dron parle de *l'épididyme* syphilitique, et non *d'épididymite* syphilitique. En effet, dans la plupart des observations qu'il avait recueillies à cette époque, la douleur et la réaction inflammatoire étaient peu notables, et la qualification d'épididymite ne lui parut pas applicable. Il est revenu depuis sur cette opinion, du moins en ce qui concerne l'affection de la période secondaire, qu'il appela épididymite secondaire, nom qui fut adopté par tous les syphiligraphes, en France du moins.

Depuis le mémoire de Dron, tous les auteurs sont à peu près d'accord pour reconnaître l'existence de l'épididymite secondaire, mais bien peu par contre parlent de la tertiaire.

En 1866, M. ROLLET, dans son *Traité des maladies vénériennes*, consacre un passage important à l'épididyme syphilitique de Dron, dont il confirme pleinement les vues. « L'épididymite syphilitique, dit-il, se montre en moyenne 3 ou 5 mois après le chancre. Les cas peu nombreux où l'intervalle a paru être de plus de 6 mois,

de 2 ou de 4 ans, concernent des individus qui en ont été probablement porteurs un certain temps sans s'en apercevoir.

LANCEREAUX, dans son Traité de la syphilis, paru en 1886, signale l'affection décrite par DRON ; il admet les conclusions de ce dernier, sans toutefois reconnaître l'existence de l'épididymite tertiaire. « En général, dit-il, plus l'orchopathie est rapprochée du début de la maladie, plus son développement est rapide, plus aussi, elle manifeste de tendance à envahir l'épididyme. Car, *s'il est vrai que cette portion de la glande spermatique n'est jamais primitivement affectée dans la période tertiaire*, il n'en est pas de même dans la période secondaire.

CULLERIER, dans son Traité des maladies vénériennes, paru en 1866, est un peu moins affirmatif, mais il ne parle point explicitement de la lésion tertiaire de l'épididyme : « *Presque* tous les faits, dit-il, appartiennent à la période secondaire, et coïncident avec des éruptions exanthématisques assez souvent intenses et graves ».

En Allemagne, on ne partage pas les idées de DRON, sur l'existence isolée de l'épididymite syphilitique.

SIGMUND, de Vienne (Ueber Syphilitic Erkrankung der Nebenhoden ; Wien med. Press, IX, 2, 1868), conteste que l'affection soit indépendante de l'orchite syphilitique, et il soutient qu'elle ne s'observe pas dans la période secondaire.

En 1871, KOCHER, de Berne, déclare que la syphilis primitive, décrite par DRON, a été justement contestée par les auteurs.

ZEISSL, de Vienne, dans son Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, se borne à dire que dans le cours des sarcocèles syphilitiques, l'épididyme peut, mais

très rarement, être atteint. Quant à l'épididymite de Dron, il n'en est point fait mention.

En 1872, TANTURRI écrit, dans le journal « Il Morgagni », fasc. 2, un mémoire intitulé : *Epididimiti secundana e gommosa*. C'est la première fois qu'on parle d'épididymite gommeuse.

PUEL, dans sa thèse intitulée : Du Sarcocèle syphilitique, consacre un chapitre aux tumeurs de l'épididyme, qu'il range parmi les accidents secondaires.

Dans la 2^e édition de son Traité de la Syphilis, LANCE-REAUX répète l'affirmation énoncée plus haut, à savoir que l'épididyme n'est jamais affecté primitivement dans la période tertiaire.

En 1874, M. le professeur FOURNIER, dans ses leçons cliniques de l'hôpital de Lourcine, sur le Sarcocèle syphilitique, parues dans le *Mouvement Médical*, admet que la syphilis peut affecter les testicules et leurs annexes suivant trois formes différentes qui sont : l'épididymite secondaire — le sarcocèle scléreux — le sarcocèle gommeux.

En 1876, paraît la thèse de BALME : « Etude sur l'épididymite syphilitique, précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis ». L'épididymite, dit-il, peut exister indépendamment d'une lésion testiculaire. *Elle se rencontre dans les périodes secondaire et tertiaire*. Mais c'est surtout au milieu des manifestations évidentes de la période dite secondaire qu'elle se trouve le plus fréquemment. Balme rapporte des observations d'épididymite syphilitique évoluant pendant les accidents secondaires, pendant les accidents de transition, pendant les accidents tertiaires. Il signale la possibilité de la localisation de la lésion à la tête ou à la queue de l'épididyme. Il ne peut décrire de signes bien différentiels entre les lésions

épididymaires secondaire et tertiaire. « On voit, dit-il en rapportant un cas de tumeur de l'épididyme évoluant en même temps qu'une syphilide serpiginieuse du dos, avec gommès ulcérées, d'après les signes physiques présentés par cette tumeur, qu'il est impossible de la distinguer d'une tumeur semblable évoluant en pleine période d'accidents secondaires, et il nous est prouvé une fois de plus que *l'altération isolée de l'épididyme est bien de toutes les périodes.* »

Il admet l'existence de l'épididymite gommeuse, bien que personnellement il n'en ait pas trouvé d'observation, et il attribue cette pénurie de cas observés à ce fait qu'on institue toujours le traitement spécifique, quand on se trouve en face d'une tumeur dont la nature est douteuse et probablement syphilitique, et dès lors l'ulcération n'a pas le temps de se faire et de venir confirmer le diagnostic. « Cependant, dit-il, le docteur Bertholle a relaté un fait des plus probants et dont l'observation a une valeur considérable ». Il s'agit d'un malade syphilitique depuis 20 ans, affecté de fistules épididymaires, en même temps que de deux périostoses humérale et cubitale. Ces fistules non traitées remontaient à une année et elles étaient restées absolument stationnaires depuis ce temps ; soumises au traitement spécifique (frictions et iodure) elles se fermèrent en 7 semaines, en même temps que guérissaient parallèlement les périostoses.

En 1879, M. CORNIL, dans ses Leçons sur la syphilis, consacre quelques lignes aux *nodules gommeux de l'épididyme*. Il donne les caractères de la tumeur épididymaire, admet avec Dron et Fournier sa nature syphilitique, mais il ne précise pas à quelle période d'évolution de la syphilis elle correspond. « Vers la fin, dit-il, des accidents secon-

daïres de la syphilis, à une époque variable, quatre mois, un an au plus, après le début du chancre, il se produit quelquefois une induration limitée sur l'épididyme, presque toujours au niveau de sa tête. . On suppose, dit-il plus loin, que ces tumeurs sont constituées par une formation gommeuse, par une infiltration du tissu cellulaire par de petites cellules rondes; et comme d'un autre côté, leur présence n'empêche pas la sécrétion du sperme, ni l'éjaculation de ce liquide normal contenant des spermatozoïdes, on en conclut qu'elles siègent dans le tissu conjonctif périphérique aux conduits de l'épididyme et non dans ces canaux eux-mêmes. »

Dans une Etude sur les affections syphilitiques du Testicule, publiée dans le *Montpellier Médical*, 1884, p. 438 et 505, TÉDENAT déclare qu'à la période secondaire de la syphilis génitale, l'épididyme est généralement envahi, surtout vers sa tête — le cordon est exceptionnellement atteint — la tunique vaginale peut être le siège d'un épanchement, qui coïncide généralement avec une lésion du testicule ou de l'épididyme. — Quant au testicule lui-même, il est très rarement affecté. « Presque toujours, dit-il, les lésions s'étendent à l'épididyme et à la partie inférieure du cordon. » — A la période tertiaire, au contraire, les lésions se présentent sous deux formes :

1° Syphilome diffus : orchite interstitielle, orchite scléreuse.

2° Syphilome gommeux — orchite gommeuse.

Le syphilome diffus intéresserait, d'après l'auteur, beaucoup plus souvent le testicule que l'épididyme; dans quelques cas pourtant, *il se localise sur ce dernier*, et sur la première portion du canal déférent. Souvent aussi il englobe le testicule, épïdidyme et partie inférieure du cordon.

Quant au syphilome gommeux, il siège surtout dans le testicule ; toutefois, il n'est pas rare de le voir s'étendre à l'épididyme et au cordon ; mais alors, *sauf exception*, le testicule est toujours altéré.

En 1882, paraît le travail de RECLUS : Syphilis du testicule. « On décrit, dit-il, depuis 1863, une affection épididymaire étudiée surtout par le docteur Fron. MM. Dron et Balme l'appellent « Epididymite syphilitique ». M. Fournier la nomme « épididymite secondaire », pour bien marquer la précocité de son développement. Cette qualification ne nous paraît pas heureuse, car la statistique de M. Balme nous montre que l'épididymite n'est « secondaire » que dans la moitié des cas, tout au plus. Il n'en reste pas moins établi que cette forme serait en général plus précoce que le sarcocèle. » Plus loin, l'on trouve : « Depuis les recherches de M. Dron, on admet, contrairement à ce qui avait cours jusqu'alors, que la syphilis peut atteindre l'épididyme seul, à l'exclusion du testicule. Certains auteurs sont allés plus loin ; ils ont fait de cette altération une affection spéciale, nommée par eux : « épididyme secondaire. » Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point ; nous concéderons volontiers que ces indurations isolées sont d'ordinaire plus précoces que celles des testicules, mais nous avons observé trop souvent la coexistence des altérations des deux portions de la glande, au début des accidents constitutionnels, puis l'orchite secondaire n'est pas assez rare, et l'épididyme tertiaire est trop fréquent, pour nous permettre de donner une valeur pareille au cantonnement éventuel de la syphilis dans l'épididyme. Lorsqu'il se rencontrera, nous en ferons non une forme distincte, mais tout au plus une variété. »

RECLUS considère comme une loi que toutes les fois que

l'épididyme est affecté par la syphilis, le testicule est pris plus profondément.

En 1883, M. MAURIAC, dans son *Traité des maladies vénériennes* (syphilis primaire et secondaire), considère l'épididymite chronique comme un accident secondaire, et dit qu'on le regarde à tort comme un accident de transition.

GOSSELIN et WALTHER (*Dict. de méd. et de chirurgie. Art. Testicule*, 1883) classent les accidents de l'organe en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse.

ROHMER, dans sa Thèse d'agrégation de 1883, *Du sarcocèle syphilitique*, décrit l'épididymite syphilitique d'après les travaux de Fournier et de Dron, mais il ne se prononce pas au point de vue de la période à laquelle cette lésion peut apparaître.

En 1884, PASCALIS fait une thèse inaugurale sur l'épididymite syphilitique. Sur 10 observations, il trouve 7 fois la lésion secondaire de l'épididyme, 2 fois la lésion tertiaire, une fois le début de la syphilis est resté ignoré, 4 fois on avait affaire à la forme aiguë, 6 fois à la forme chronique.

La même année, le docteur O. PINNER, de Francfort-sur-le-Mein, publie un important *Mémoire* dans le *Berl. klin. Wochenschrift*, 1884, n° 41, p. 655: *Ueber Epididymis syphilitica*. Il passe en revue les auteurs français qui ont traité ce sujet, et il cite 3 observations, dont deux au moins paraissent indiquer que la tumeur localisée à l'épididyme appartient à la période tertiaire. Nous reproduisons plus loin ces observations (Obs. 23, 24, 25).

En 1886, M. DIDAY, dans son traité: *La Pratique des maladies vénériennes*, décrit l'épididymite syphilitique comme un accident de transition, à côté de l'iritis, de l'albuginite, de l'onchitis: « Comme elle paraît, dit-il, à une

phase peu avancée de la syphilis (au milieu de la période secondaire); comme elle suit dans sa demi-résolution et dans ses exacerbations, les oscillations d'effacement et le retour des syphilides contemporaines ; qu'elle est en général indolente, a une grande tendance à la résolution et cède rapidement au mercure, on ne lui attribue pas la gravité d'un accident tertiaire, *quoique, néanmoins, elle puisse, si elle a persisté, devenir ultérieurement le siège d'une gomme*, ou favoriser la propagation du mal au testicule ». M. Diday paraît admettre que l'épididyme est atteint dans la période secondaire et que les accidents tertiaires sont consécutifs et ne s'observent pas d'emblée.

M. JULLIEN, dans son *Traité des maladies vénériennes*, considère l'épididymite syphilitique comme un accident précoce.

En 1885, dans son article : Syphilis du testicule dans le Dictionnaire Dechambre, RECLUS renouvelle ses affirmations de 1882.

En 1889, MONOD et TERRILLON, dans leur *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, consacrent un chapitre à l'épididyme syphilitique. Ils rapportent les travaux de Dron, Fournier, Balme, Tédénat et considèrent l'affection comme un accident secondaire : « Il est certainement très utile, disent-ils, de reconnaître et de diagnostiquer peu de temps après son apparition, cette variété d'affection *secondaire* ».

En 1890, MAURIAC, dans son important ouvrage sur la syphilis héréditaire et syphilis tertiaire, expose les idées de Dron sur l'épididyme syphilitique et déclare que *l'épididyme* peut aussi être atteint à une époque tardive de la syphilis, pendant sa *période tertiaire* ; mais il est rare alors que son syphilome soit isolé et indépendant de celui

du testicule. Quant à son processus, il devrait être semblable en pareille occurrence à celui des lésions d'ordre tertiaire : c'est-à-dire à celui des gommès qui se fondent et s'ulcèrent, suppurent et forment des fistules, etc. Il cite une observation d'une lésion épидидymaire isolée, survenue huit ans après les accidents primitifs, et il déclare qu'il ne voit pas de différence avec les lésions qui surviennent au début de l'affection. « Le syphilome ne subit point la fonte nécrobiotique et ne suppura pas. Seulement, il se montra très réfractaire au traitement. La sclérose était devenue sans doute définitive et il est probable que le noyau scléreux de l'épididyme n'a jamais complètement disparu ».

En 1890, M. CUILLERET prit comme sujet de thèse inaugurale à Lyon « l'Épididymite syphilitique secondaire ». Après un historique très complet, il cite 86 observations qu'il dit se rapporter à la période secondaire. Il nous permettra cependant de lui contester certaines d'entre elles, et de les classer parmi les accidents de la période tertiaire.

Le domaine de l'épididyme tertiaire est bien restreint ; l'épididymite secondaire est, au contraire, assez bien lotie, pour qu'elle se contente de ses revenus, sans vouloir usurper sur ceux de sa cadette pauvre. M. Cuilleret est d'avis que lors même que la lésion épидидymaire se rencontre dans la période tertiaire, elle est néanmoins secondaire, soit par sa date de début, soit par la façon dont elle évolue. Car, dit-il, son développement se fait souvent à la sourdine, sans que le malade s'en aperçoive et bien longtemps avant qu'il s'en aperçoive. — D'autre part, comme les autres accidents secondaires, l'épididymite ne marche jamais vers la destruction, elle a une tendance régressive très marquée.

— Cette opinion n'est pas exacte dans tous les cas, car nous avons observé des cas de sclérose ou de gomme épididymaires non douteux. Puis supposons qu'on laisse sans traitement un individu porteur d'une épididymite nettement secondaire ? Aura-t-elle une tendance régressive ou destructive ? Nous croyons que cette épididymite courra grand risque de devenir avec le temps scléreuse ou gommeuse, et qu'elle aura une tendance franchement destructive.

Pourquoi d'ailleurs une tumeur de l'épididyme reconnue syphilitique, accompagnée d'accidents tertiaires non douteux, resterait-elle secondaire, alors même que son début remonterait à l'apparition ou au milieu des accidents secondaires ? Ce n'est là qu'une question de mots, car si l'on interroge la nature même de la lésion, on ne trouve guère de différence, que cette lésion soit secondaire ou qu'elle soit tertiaire. La symptomatologie est la même ; l'anatomie pathologique ne peut nous donner de renseignements, puisqu'elle manque. Il nous paraît dès lors tout naturel d'appeler épididymite secondaire la lésion qui apparaît en même temps que les accidents secondaires, que ceux-ci soient précoces ou tardifs, et épididymite tertiaire la lésion qui se montre avec les accidents tertiaires, ou si ceux-ci manquent, la tumeur qui évolue à une date suffisamment éloignée des accidents secondaires pour qu'on ait le droit de la qualifier de tertiaire.

Cette réserve faite, nous devons rendre un juste hommage à M. Cuilleret dont le travail est très complet et plein de documents les plus intéressants.

En 1892, dans le *Traité de chirurgie* paru sous les auspices de MM. Duplay et Reclus, on donne la description complète de l'épididymite secondaire avec tous les caractères que lui avait assignés Dron. On ne parle que fortuitement de la possibilité de l'épididymite tertiaire. « Jullien dit qu'elle

apparaît (l'épididymite) vers le 3^e mois de l'infection, mais qu'elle peut se montrer tardivement au bout de plusieurs années, *telle est aussi notre opinion.* » Et plus loin : « le syphillome particulier, qui serait d'après nous une *gomme précoce*, est considéré par Cullerier, etc. .

L'année 1893 est plus fertile en renseignements, et en affirmations précises.

En avril 1893, au congrès tenu à Paris pour l'avancement des sciences, Dron fait une communication relative à l'épididymite tertiaire.

Nous la citons en entier, estimant que M. Dron est parmi les auteurs, le mieux en situation pour parler de cette question. La voici :

« J'ai montré en 1863 que la lésion isolée de l'épididyme est un accident de la période secondaire de la syphilis assez fréquent, apparaissant en moyenne trois mois et demi après le chancre. Aujourd'hui, tout au moins en France, tous les cliniciens admettent l'existence de l'épididymite secondaire. Cette affection est tantôt aiguë, tantôt chronique d'emblée, et par conséquent provoque ou ne provoque pas de douleurs. Il s'agit d'une lésion limitée, dans la plupart des cas, à la tête de l'épididyme. La tumeur épididymaire, souvent bilatérale, présente le volume et la forme d'une noix, d'une olive, d'une noisette ou d'une pilule. Fait très important à noter, cette tumeur peut être détachée du testicule : sa consistance est ferme et mamelonnée. Il s'agit très probablement d'infiltrations syphilitiques, résolutives. En l'absence d'autopsie, on ne peut qu'émettre cette hypothèse très vraisemblable. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium abrège la durée de l'épididymite secondaire, sans toutefois exercer sur elle une action curative aussi prompte et aussi décisive que sur beaucoup d'autres lésions syphilitiques.

» Tous les auteurs divisent à l'heure actuelle les manifestations de la syphilis sur les glandes génitales en épididymite secondaire et orchite scléro-gommeuse tertiaire. Nous pensons, en raison d'un fait que nous venons d'observer, que si le sarco-cèle épididymo-testiculaire est la modalité la plus fréquente

de la syphilis tertiaire, l'*épididymite tertiaire*, c'est-à-dire le syphilome localisé à l'épididyme, n'en existe pas moins.

» Si nous rapprochons de notre observation les signes notés dans les cas publiés antérieurement, mais dans lesquels le tertiariisme des malades n'est pas absolument démontré, nous voyons que le syphilome tertiaire de l'épididyme présente les caractères suivants : lésion unilatérale, parfois envahissant tout l'épididyme et provoquant des douleurs. Le traitement ioduré ou mixte amène la résolution rapide du syphilome scléro-gommeux. Les lésions syphilitiques tertiaires concomitantes ou antérieures mettront le clinicien sur la voie du diagnostic. Les symptômes de cette épididymite tertiaire se rapprochent de ceux de l'épididymite blennorrhagique ou tuberculeuse. Le signe diagnostique qui semble le plus important est la constatation des adhérences du testicule et de l'épididyme qui n'existe pas dans les formes syphilitiques.

» Ainsi, la syphilis tertiaire peut atteindre isolément l'épididyme; cette épididymite tertiaire s'éloigne tellement du type clinique habituel du testicule syphilitique que nous n'hésitons pas à en faire une forme spéciale; elle a d'ailleurs une grande importance soit au point de vue du diagnostic, soit sous le rapport du pronostic et du traitement.

» Il y a donc lieu d'adopter une nouvelle classification et de réserver à l'épididymite syphilitique tertiaire une place et une description à part, ainsi qu'il est fait pour l'épididymite secondaire longtemps méconnue. »

(Dron. Congrès des Sociétés savantes tenu à Paris
du 4 au 7 avril 1893).

Cette affirmation si nette en faveur de l'existence de la lésion que nous voulons décrire, est certes le meilleur encouragement qui nous ait été donné pour entreprendre cette étude. Depuis 1863, en effet, les opinions ont été si partagées; les syphiligraphes les plus autorisés ont été d'avis si divers, qu'il ne faut rien moins que l'autorité de Dron pour faire admettre d'une façon définitive le syphilome tertiaire dans le cadre des affections de l'épididyme.

Quelques jours après la communication de Dron paraissait, dans les Archives provinciales de chirurgie, un article sur « l'épididyme syphilitique tertiaire », où est faite une rapide étude de l'affection qui nous occupe, et qui est signé de M. ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, M. Rollet ne cite qu'une observation, d'ailleurs tout-à-fait probante, et que nous rapportons plus loin, d'où il déduit les principaux symptômes de l'épididymite tertiaire. Après l'analyse minutieuse de tous les cas que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, nous ne pouvons que confirmer la description de M. Rollet.

Enfin, dans le même mois d'avril 1894, on trouve dans le Med. J. of. med. Scienc., un article d'ALLEN, sur la Syphilis de l'épididyme, dans lequel il cite 9 observations d'épididymite tertiaire... Nous rapportons ces observations, dont quelques-unes présentent un grand intérêt.

DESCRIPTION CLINIQUE DE L'ÉPIDIDYMITE TERTIAIRE

Les syphilitiques atteints de lésions isolées de l'épididyme sont relativement peu nombreux, et parmi eux la plupart présentent une épididymite secondaire. La lésion tertiaire est beaucoup moins fréquente, et, grâce à son indolence habituelle, grâce au manque de réaction inflammatoire qu'elle présente généralement, elle doit passer quelquefois inaperçue. Cependant, depuis quelques années, l'attention a été attirée de ce côté, et dans le cas de syphilis avérée, peu de médecins négligent d'explorer les bourses.

Les lésions syphilitiques tertiaires de l'épididyme peuvent se présenter dans trois circonstances différentes :

1° Le malade accuse un chancre et des accidents constitutionnels remontant à plusieurs années. De plus, il présente, au moment où il se plaint de sa tumeur épididymaire des accidents de la période tertiaire, tels qu'ostéite, périostose, gommès, etc.

2° Le malade avoue avoir eu des accidents secondaires remontant à plusieurs années, mais l'épididymite dont il se plaint est la seule manifestation tertiaire de sa vérole.

3° Dans d'autres cas, heureusement moins fréquents, car ils mettent le clinicien dans le plus grand embarras, on observe chez des individus qui n'ont jamais présenté

la moindre lésion syphilitique ni héréditaire, ni acquise, une tumeur qui se rapproche, par ses caractères, à la fois de l'épididymite blennorrhagique et de l'épididymite tuberculeuse, alors que ces malades paraissent tout à fait indemnes de tuberculose et n'ont jamais eu le moindre écoulement. Certaines de ces tumeurs ont même pu donner le change, et faire croire à un néoplasme cancéreux.

Dans ce cas, le doute est grand, et la difficulté de diagnostic très réelle. Et cependant, ces malades soumis au traitement ioduré voient leur épидидyme diminuer rapidement de volume : les indurations disparaissent, l'organe, de dur et noueux qu'il était, redevient souple et lisse. L'iodure paraît avoir agi avec la même efficacité que dans la syphilis la plus franche. Doit-on en induire que ces épидидymites sont de nature syphilitique, ou bien faut-il attribuer à l'iodure de potassium des propriétés toutes spéciales qui agiraient sur les tissus embryonnaires pour opérer la désorganisation et la fusion de leurs éléments ? Nous ne pouvons nous prononcer sur cette dernière hypothèse ; mais jusqu'à nouvel ordre, il faut nous en rapporter à ce procédé de diagnostic si commode, et si utile dans certains cas, dit de la pierre de touche. Et lorsque dans les cas difficiles dont nous parlerons, nous voyons que grâce à l'iodure de potassium, on a obtenu la résolution rapide d'une lésion épидидymaire de nature douteuse, nous suivrons l'exemple de M. le Professeur DUPLAY, de M. le Professeur GUYON, et nous conclurons à une épидидymite syphilitique.

Nous décrirons trois formes de l'épididymite tertiaire :

1° *Forme chronique.* — Tantôt, et c'est le cas le plus

fréquent, le malade se plaint d'une tumeur des bourses, indolente spontanément et même à la pression, tumeur dont il ne peut déterminer l'époque exacte d'apparition, mais qui l'inquiète, surtout à cause de son siège, ou du volume qu'elle acquiert. C'est la forme chronique de l'affection.

2° *Forme subaiguë.* — La forme subaiguë s'installe presque toujours d'emblée. Ses caractères essentiels sont les mêmes que ceux de la forme chronique. On observe en plus des douleurs sourdes, s'irradiant au cordon, une sensation de pesanteur et de gêne dans les bourses, exagérée par la station debout, la marche prolongée, les fatigues de quelque ordre qu'elles soient. Les bourses présentent une légère rougeur, et le malade craint la palpation, qui détermine de la douleur.

3° *Forme aiguë.* — C'est la plus rare. M. Dron avait, en 1863, appelé l'affection « épididyme syphilitique », pensant qu'elle était toujours chronique. Il est revenu depuis sur ces idées, du moins en ce qui concerne la lésion secondaire, qu'il appela « épididymite secondaire ». Mais dans une lettre qu'il nous fit l'honneur de nous écrire, il nous conseilla de reprendre cette dénomination « d'épididyme syphilitique » pour la lésion tertiaire, par analogie avec celle de « Testicule syphilitique », indiquant par là que dans la période tertiaire, l'épididyme ne présente point de réaction vive. Nous nous permettrons de ne pas suivre son conseil, car nous avons trouvé quelques observations dans lesquelles la réaction inflammatoire paraissait vive, et était accompagnée de douleurs intolérables. Ces douleurs sont spontanées, elles sont lancinantes, rendent la marche et le mouvement impossibles. La palpation de la tumeur est extrêmement douloureuse. Cette

période aiguë dure généralement peu. Nous ne pouvons dire ce qu'elle deviendrait dans le cas de non intervention, mais nos observations nous montrent que l'iodure a mis fin presque immédiatement à cet état, intolérable chez l'un de nos malades.

Cette distinction entre les diverses formes de l'affection est surtout basée sur l'élément douleur ; elle était nécessaire pour la clarté de la description, mais elle n'implique nullement des caractères qui soient spéciaux à chacune d'elles. C'est pourquoi nous passerons en revue tous les symptômes de la maladie et pourrons en faire indifféremment l'application à l'une ou à l'autre de ces variétés cliniques.

Aspect extérieur des bourses. — Les bourses renferment une tumeur, dont la palpation seule indiquera le siège exact, la forme, la consistance. Mais elles ne présentent généralement, pour leur propre compte, ni rougeur, ni tuméfaction. Les plis du scrotum sont conservés ; la peau est souple, mobile, nullement adhérente. Dans quelques cas, mais c'est, croyons-nous, l'exception, on observe de la rougeur et un léger degré de tuméfaction et d'œdème. Il s'agit alors de forme très aiguë.

Vaginale. — L'épididymite tertiaire s'accompagne parfois d'épanchement. Les observations de Tédénat (Obs. 16, 17, 18) nous montrent que dans deux des cas observés, il y avait un épanchement. Chez l'un des malades, la vaginale renfermait une mince lame de liquide. Chez un autre, la quantité de liquide s'élevait à 80 grammes. Chez un troisième, le liquide manquait, mais la vaginale était épaissie et présentait quelques frottements. Nous avons noté également, dans d'autres cas, la présence du liquide dans la vaginale,

et nous pouvons dire que dans l'épididymite tertiaire, la séreuse est assez fréquemment intéressée.

Tumeur testiculo-épididymaire.

1° *Testicule.* — Le testicule présente sa consistance, sa forme, son volume habituels. Sa sensibilité est parfois diminuée. Mais il ne présente ni induration, ni nodosités, ni plaques de blindage. Sa surface est lisse, rénitente; il paraît absolument normal.

2° *Canal déférent.* — Le canal déférent n'est pas toujours indemne, et il présente parfois dans la portion immédiatement contiguë à l'épididyme, des nodosités de même nature que celles que nous observons dans cet organe. Toutefois, c'est plutôt l'exception; et, en général, on peut dire qu'il n'est pas atteint.

3° *Epididyme.* — Dans les cas que nous avons observés personnellement, la tumeur épididymaire présentait beaucoup de caractères communs avec les lésions tuberculeuse ou blennorrhagique de l'épididyme. Toutefois d'après les descriptions qui nous sont fournies par les observations des différents auteurs, nous pouvons attribuer les caractères suivants à la tumeur que nous constatons au niveau de l'épididyme.

Siège. — En général, cette tumeur siège au niveau de la tête de l'organe, du globus major — c'est le cas le plus fréquent — on peut néanmoins, mais le plus rarement, la trouver dans la queue de l'épididyme, et exceptionnellement elle se localise au niveau de la partie moyenne. Tout l'épididyme, enfin, peut être envahi, mais alors la

tête est toujours beaucoup plus atteinte que le corps et la queue. Donc pas ordre de fréquence : tête, queue, totalité de l'organe ; corps.

On donne comme un des signes de l'épididymite secondaire, sa bilatéralité fréquente. Nous observons le contraire dans l'épididymite tertiaire, presque toujours, la lésion est *unilatérale*. Sur nos 37 observations, nous en trouvons 30 dans lesquelles la lésion est unilatérale et 7 seulement, où l'on ait constaté l'atteinte des deux épидидymes.

Forme. — Cette lésion peut se présenter sous diverses formes. Tantôt, ce sont des noyaux isolés qui peuvent aisément se distinguer les uns des autres. Ils n'envahissent d'ordinaire qu'une région de l'organe. Leur nombre est souvent limité, on peut n'en trouver qu'un seul. Tantôt, au contraire, l'épididyme présente des nodosités aplaties, une sorte de blindage analogue à celui du testicule syphilitique, et qui peut, ou bien occuper une région unique de l'organe, ou se trouver à cheval sur deux d'entre elles, ou enfin, envahir tout l'épididyme et lui donner la consistance d'une coque dure, sans solution de continuité, enchassant le testicule.

Volume. — Dans presque toutes les observations, on compare le volume du noyau induré de l'épididyme à celui d'une noisette. Il peut être moindre et ne pas dépasser le volume d'un pois, ou même d'un grain de plomb. Mais parfois aussi, il est plus considérable, et certains épидидymes, qui sont uniformément indurés, sont gros comme un citron, comme un œuf de poule, comme le poing.

Consistance. — Elle est généralement dure. La surface présente souvent des bosselures ; la tumeur est mamelonnée, marronnée en certains cas.

Douleur. — Dans la plupart des observations, la tumeur syphilitique tertiaire de l'épididyme est indolente. Le malade ne s'en aperçoit souvent que par hasard, ou parce que le volume de cette tumeur attire son attention. De plus la sensibilité normale de l'épididyme est généralement diminuée, parfois même tout-à-fait abolie. Le testicule peut en certains cas participer à cette insensibilité. Un malade, que nous avons observé, déclarait qu'on pourrait frapper avec un marteau sur son testicule, sans qu'il le sentit.

Mais dans quelques cas, moins fréquents, il est vrai, il y a des douleurs spontanées qui consistent surtout en une sensation de pesanteur dans les bourses, s'irradiant au cordon. La station debout, les fatigues, quelles que soient leurs causes, les marches forcées provoquent ou exagèrent ces douleurs sourdes. Parfois les douleurs spontanées manquent, mais la pression de la tumeur est douloureuse.

Enfin, dans des cas très rares, l'acuité de la douleur est extrême. Dans l'obs. 24 on a recours à des injections de morphine pour les calmer, et toute la cuisse du malade est couverte de piqûres, jusqu'au jour où l'iodure amène la guérison de l'épididyme et la cessation complète des douleurs.

Rapports de l'épididyme et du testicule. — Le testicule et l'épididyme sont d'ordinaire nettement distincts. On peut facilement les délimiter par la palpation ; il existe entre eux un intervalle.

D'un côté, on sent un testicule normal, ou légèrement diminué de volume, mais souple, élastique, ne présentant aucun noyau d'induration, et au-dessus une tumeur présentant les caractères que nous lui avons décrits, tout-à-fait distincte du testicule. C'est l'épididyme malade. Cette règle n'est cependant pas absolue, car nous avons trouvé des cas, dans lesquels il était difficile de séparer le testicule de l'épididyme. Ce dernier enchassait complètement la glande spermatique, ce qui est le propre de l'épididymite tuberculeuse et le diagnostic n'aurait pu être fait sur ce seul signe. Parfois aussi, testicule et épididyme ne font qu'une seule et même masse et il est impossible, en ce cas, d'affirmer que l'épididyme est atteint isolément. Nous n'avons d'ailleurs point relaté ces cas douteux, voulant nous occuper exclusivement de la lésion isolée de l'épididyme.

Fonctions génitales. — En général les fonctions génitales sont conservées ; on a fait dans quelques cas l'analyse du sperme, qui a été trouvé normal. On note cependant des cas où ces fonctions sont languissantes.

Complications. — Un malade, porteur d'une lésion syphilitique de l'épididyme d'un côté, peut avoir, du côté opposé, de l'orchi-épididymite. Dans une observation citée, un malade présente à droite une orchi-épididymite, et, à gauche, l'épididyme seul est atteint. « La tête est remplie de noyaux, donnant la sensation de petits cailloux, enchassés dans l'intérieur des tissus, et le testicule du même côté a un volume normal et une surface lisse ; on n'y peut trouver la plus petite dureté. »

En résumé, voici les principaux caractères que nous pouvons décrire dans l'affection syphilitique tertiaire de l'épididyme :

L'épididyme est atteint par une tumeur, qui n'intéresse pas le testicule. On trouve d'ordinaire des antécédents syphilitiques, et simultanément d'autres accidents tertiaires.

Cette tumeur évolue fréquemment d'une façon chronique, et passe facilement inaperçue, si on ne la recherche pas attentivement, ou si son volume n'attire pas l'attention du malade. La forme subaiguë est moins fréquente que la forme chronique ; la forme aiguë est exceptionnelle.

Les bourses sont intactes, et ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction, ni adhérence ; les plis en sont conservés.

Il est possible d'observer un léger épanchement dans la vaginale.

Le testicule est sain.

Le canal déférent est souvent indemne, mais peut être envahi dans sa portion la plus voisine de l'épididyme.

L'épididyme présente généralement au niveau de sa tête une ou plusieurs indurations ; la queue de l'organe peut être envahie, quoique plus rarement.

Le syphilome peut s'étendre exceptionnellement à la totalité de l'épididyme.

L'unilatéralité de la lésion est le mode le plus fréquent.

La tumeur est constituée par des noyaux bien limités, en nombre variable, ou par des indurations diffuses, localisées à un segment, ou occupant tout l'organe.

Les noyaux circonscrits ont la grosseur d'une noisette. Ils peuvent être petits comme des pois, des grains de plomb, ou gros comme un œuf de poule.

La tumeur est bosselée, marronnée ; elle est dure, de consistance ligneuse.

Elle est d'ordinaire indolente spontanément et à la pression. Parfois les douleurs sont sourdes, gravatives ; exceptionnellement, elles sont aiguës.

Le testicule est d'ordinaire tout à fait distinct de l'épididyme, et la palpation délimite nettement les deux organes. Mais parfois la séparation est peu nette, et il faut la chercher attentivement.

Les fonctions génitales sont conservées, languissantes en certains cas.

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Si l'épididymite secondaire n'est point un accident fréquent de la syphilis, et ne s'observe, d'après Cuilleret, qu'une fois sur dix, en moyenne, la lésion tertiaire de l'épididyme doit être comme une rareté pathologique.

M. le Professeur Fournier a bien voulu nous permettre de consulter ses registres, et nous n'avons pu y relever que quelques cas d'épididymite tertiaire avérée, 4 ou 5 sur plus de 9.000 observations. M. Mauriac nous a dit avoir observé cette forme clinique, mais très rarement aussi ; il n'en cite que 2 observations dans son *Traité* : la syphilis héréditaire et la syphilis tertiaire, 1890, et il est probable que ce nombre réduit répond à la pénurie de l'affection. Cependant sur 200 syphilitiques, observés par M. Dron en 1863, il cite 16 observations d'épididyme syphilitique, et parmi les 16 nous en rapportons 4 qui nous paraissent pouvoir être classées parmi les accidents tertiaires de l'épididyme. Quoiqu'il en soit, après avoir consulté la plupart des ouvrages, qui traitent de syphilis des organes génitaux, nous n'avons pu en y ajoutant 3 observations personnelles, trouver que 37 cas d'épididymite tertiaire. Nous avons, il est vrai, éliminé quelques cas douteux ; mais nous pouvons dire que la syphilis tertiaire de l'épididyme doit être considérée comme rare.

Causes. — La syphilis est la cause essentielle de l'affection.

Dans presque toutes nos observations, il y a eu antérieurement des manifestations syphilitiques très nettes, et on assiste à l'évolution d'accidents tertiaires concurremment avec l'affection de l'épididyme. Dans d'autres cas, où la syphilis ne s'est manifestée par aucun accident antérieur, ni concomitant, l'influence positive du traitement par l'iodure nous permet de soupçonner une syphilis probable. Nous n'avons trouvé aucune observation ayant trait à la syphilis héréditaire; la question mériterait d'être étudiée.

Causes prédisposantes. — Nous ne pouvons mieux faire que citer à ce sujet quelques lignes de Tédénat, dans son étude sur les affections syphilitiques du testicule (Montpellier méd., 1881). « Les lésions antérieures des testicules peuvent, en créant un locus minoris resistentiæ, augmenter la vulnérabilité des ces organes, et y appeler la détermination morbide syphilitique. Trois de nos malades avaient eu, plusieurs mois auparavant, des épididymites blennorrhagiques. Tantarri, d'ailleurs, cite des faits analogues, ce qui n'a rien de surprenant; toute lésion organique étant, comme l'a dit Desgranges de Lyon, un pas fait vers des lésions organiques plus graves. »

Il est fréquent, en effet, de voir que les malades qui présentent une tumeur syphilitique de l'épididyme, ont été souvent atteints antérieurement d'une blennorrhagie, alors même que cette blennorrhagie n'aurait touché ni le testicule, ni l'épididyme. Il semble que la blennorrhagie ait créé un terrain favorable à l'éclosion des manifestations syphilitiques. Parmi nos 37 observations, nous avons rencontré 15 fois une blennorrhagie antérieure, et, chose curieuse, jamais cette blennorrhagie ne s'était compliquée d'orchite ni d'épididymite.

Il en est de même de la tuberculose, et nous rappelons l'opinion de Hunter à ce sujet, opinion trop absolue, mais qui présente certainement une part de vérité : « A moins qu'une autre cause morbide, dit Hunter, telle que la blennorrhagie, par exemple, n'ait agi sur l'épididyme, la lésion syphilitique du testicule n'envahit ni l'épididyme, ni le canal déférent ; ces organes restant parfaitement sains pendant toute la durée de l'albuginite, quel que soit son développement ». (Traité des maladies vénériennes, 1786).

Les *traumatismes* sont aussi une des causes prédisposantes, à laquelle les malades font le plus volontiers allusion. Ils font remonter tout naturellement l'apparition de leur tumeur à un choc plus ou moins violent qu'auraient subi les bourses. Les uns accusent une contusion, d'autres un pincement des testicules, d'autres une chute à califourchon, mais tous sont convaincus que le traumatisme est la seule cause de leur affection, et ils sont très incrédules quand on met leur tumeur à l'actif de la syphilis, alors même qu'ils sont syphilitiques avérés.

L'existence d'un *varicocèle* est démontrée dans une des observations que nous présentons ; on peut également en faire une cause prédisposante.

Chronologie. — Date d'apparition. — Sur ce point les opinions sont très partagées. Dron avait dit de l'épididymite secondaire qu'elle paraissait environ entre le 3^e et le 5^e mois après le chancre, dans la période secondaire et au début de cette période. Nous ne pouvons être aussi catégoriques sur la date de l'apparition de l'épididymite tertiaire, et nous nous bornerons à dire qu'on l'observe comme tous les autres accidents tertiaires à des dates tout-à-fait indéterminées. Chez certains malades, c'est 10 mois, 2 ans, 3

ans après les accidents secondaires ; chez d'autres le délai est beaucoup plus long, et un espace de 8, 10, 15 ans peut s'écouler avant la localisation de la lésion syphilitique à l'épididyme. Nous avons, en rapportant les observations, fait remarquer que des cas étiquetés dans d'autres thèses : épididymite secondaire, nous avaient paru devoir être plutôt rangés dans le cadre des affections tertiaires. C'est qu'alors, en général, l'affection épididymaire se montrait seule, non accompagnée d'aucun autre accident tertiaire.

Les accidents secondaires avaient évolué quelques années auparavant ; ils avaient cédé au traitement anti-syphilitique ; il nous a semblé que le délai de 3 ans, au moins, était en ce cas suffisant pour nous autoriser à considérer la tumeur comme tertiaire. On pourrait nous objecter (M. CUILLERET fait cette objection dans sa thèse sur l'épididymite secondaire) que cette tumeur a pu passer longtemps inaperçue et qu'elle a pu débiter en même temps que les accidents secondaires. Nous répondrions que ce n'est qu'une hypothèse toute gratuite, et même si elle était fondée, nous ne savons pourquoi on ferait une exception pour l'épididymite. Puisqu'elle évolue en même temps que des accidents d'ordre franchement tertiaire, telles que gommès musculaires, ostéites, périostoses, etc., et alors même qu'elle aurait débuté en même temps que des accidents secondaires, pourquoi resterait-elle secondaire quand même, quand elle est tertiaire par sa date et par les symptômes syphilitiques concomitants ?

MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

L'épididymite tertiaire évolue d'ordinaire d'une façon insidieuse, si peu manifeste parfois que le malade syphilitique qui en est porteur ignore la présence d'une tumeur dans ses bourses. Dans la forme aiguë, les douleurs très vives engagent promptement le malade à consulter son médecin. Nous ne saurions dire ce qu'il en adviendrait dans le cas de non intervention thérapeutique appropriée; mais nous avons toujours constaté que cette période aiguë était de courte durée quand on soumettait le malade au traitement mixte. La forme subaiguë ne résiste pas davantage à l'association du mercure et de l'iodure.

En ce qui concerne la tumeur épididymaire elle-même, nous sommes porté à croire qu'une fois constitué, elle est définitive, c'est-à-dire que son volume reste invariable aussi longtemps qu'on ne lui applique point la médication qui lui convient. Il est donc possible que la lésion tertiaire de l'épididyme passe inaperçue pendant toute la vie de l'individu, si elle ne cause point de troubles qui l'obligent à s'en préoccuper.

Soumises au traitement spécifique, douleurs et tumeur sont profondément modifiées. Les premières, réfractaires à toute tentative de soulagement par un traitement local ou par des injections de morphine, cèdent comme par enchantement dès l'application du traitement.

La tumeur change rapidement de caractère sous la même

influence. Elle diminue aussitôt de volume ; de dure, bosselée et noueuse qu'elle était, elle devient souple et lisse dans la plupart des cas.

Toutefois certaines de ces tumeurs, généralement localisées à la tête de l'épididyme, ne se résolvent pas, et malgré le traitement, longtemps prolongé, il reste indéfiniment un ou plusieurs petits noyaux durs, qui tiennent peu de place, qui restent invariables dans leur volume et leur consistance, qui ont une organisation scléreuse définitive.

« Il est extrêmement rare que les éléments qui constituent la lésion, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Il n'existe donc pas, à proprement parler, de forme gommeuse. » Mauriac. — Syph. héréd. et syph. tertiaire, 1890. — Nous serons moins exclusifs et nous croyons que, bien que plus rare, la forme gommeuse existe néanmoins. Nous l'avons relevée dans quelques-unes de nos observations.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En présence d'une tumeur localisée à l'épididyme chez un sujet adulte, on doit penser à la tuberculose, à la blennorrhagie, au cancer, à la syphilis. Le diagnostic n'est pas toujours aisé ; il est même impossible à faire d'emblée en certains cas.

Epididymite blennorrhagique. — Ou bien la tuberculose de l'épididyme est ancienne, et ses caractères sont suffisamment nets pour que le doute ne soit pas permis. L'épididyme présente, en effet, des bosselures de volume inégal. La consistance de ces bosselures, au lieu d'être également dure partout, est tantôt dure, tantôt plus molle, tantôt fluctuante, suivant l'état plus ou moins avancé des lésions, qui ont toujours une tendance à la suppuration.

La peau du scrotum s'altère, contracte des adhérences avec la vaginale. Elle finit par s'ulcérer et livre passage par des fistules interminables à du pus, dans lequel il est possible de retrouver le bacille de Koch. En même temps, le canal déférent est atteint ; il est moniliforme, de consistance inégale. Les vésicules séminales, la prostate sont envahies par le processus tuberculeux. Enfin, les antécédents scrofuleux ou franchement tuberculeux du malade, l'examen des poumons, et leur atteinte par la tuberculose, viendront puissamment en aide au diagnostic.

Mais si à cette période avancée de la tuberculose génitale, il est facile de reconnaître la cause exacte de la lésion épидидymaire, on est beaucoup plus embarrassé quand le malade se présente au début de la maladie. C'est qu'alors on peut trouver un épидидyme simplement induré dans sa totalité, sans noyaux bien distincts, avec un canal déférent non altéré, des vésicules séminales qui paraissent saines. On devra, en ce cas, s'enquérir avec soin des antécédents du malade, et suivant qu'il accusera des accidents syphilitiques ou tuberculeux antérieurs, on pensera à l'épididymite syphilitique ou à l'épididymite tuberculeuse, et on agira en conséquence.

Une troisième alternative peut se présenter. Nous avons dit que la tuberculose génitale pouvait être une des causes prédisposantes de l'épididymite syphilitique. Supposons qu'un syphilitique avéré, qui n'est pas moins tuberculeux, ait une épидидymite, à laquelle les deux maladies nous adresserons-nous ? Laquelle accuserons-nous ? Cette question est très importante, car le traitement sera tout à fait différent, suivant qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre. Dans le cas de lésion syphilitique le traitement mixte pourra faire des merveilles ; au contraire, si la tumeur est tuberculeuse, il sera peut-être utile d'intervenir chirurgicalement et le plus tôt possible.

En ce cas, nous pensons qu'il sera bon d'instituer tout d'abord le traitement spécifique. L'iodure et le mercure auront vite raison de l'épididymite syphilitique ; ils resteront sans effet dans le cas d'épididymite tuberculeuse ; et comme ce traitement est rapidement efficace, quelques jours suffiront pour permettre au clinicien de se faire une opinion, et d'intervenir s'il y a lieu.

Epididymite blennorrhagique. — Une des variétés les plus fréquentes des lésions épидидymaires reconnaît comme cause la blennorrhagie. Elle peut, comme la lésion tuberculeuse, être confondue avec l'épididymite syphilitique tertiaire. La confusion sera d'autant plus aisée, que fréquemment les malades atteints d'épididymite syphilitique ont eu un ou plusieurs écoulements antérieurs, et pour peu que les caractères que nous avons décrits dans la lésion tertiaire ne soient pas bien nets, il sera permis d'hésiter sur la nature de l'affection.

Disons tout de suite que la confusion est presque impossible dans le cas d'épididymite blennorrhagique aiguë. L'existence d'une chaude-pisse récente, la vive réaction inflammatoire et fébrile, les rougeurs, la tuméfaction la douleur très violente sont des symptômes d'orchi-épididymite blennorrhagique qui se rencontrent rarement dans la lésion syphilitique. Celle-ci prend parfois un degré d'acuité extrême mais l'écoulement récent manquera, la participation fréquente du testicule à l'inflammation de la blennorrhagie ne se rencontrera pas dans l'épididymite syphilitique.

Mais il est plus délicat de reconnaître la nature de la lésion, quand elle revêt la forme chronique. Toutefois, il existe des signes différentiels : le malade accuse une blennorrhagie antérieure, qui aura été suivie généralement d'orchite et d'épididymite.

L'engorgement blennorrhagique envahit tout d'abord tout l'épididyme, puis se cantonne dans la queue et y persiste longtemps ; l'épididymite syphilitique siège surtout dans la tête. La tumeur blennorrhagique contracte des adhérences avec le testicule, la tumeur syphilitique en est ordinairement isolée.

Enfin, l'absence de manifestations syphilitiques anté-

rieures ou concomitantes est une forte présomption en faveur de l'épididymite blennorrhagique.

A la suite de l'épididyme blennorrhagique, les fonctions génitales sont presque toujours abolies : elles restent intactes dans la lésion syphilitique.

Un cas plus embarrassant encore est celui où l'on observe une tumeur de l'épididyme chez un individu syphilitique qui vient d'avoir une blennorrhagie.

On devra toujours en ce cas commencer par instituer le traitement spécifique, et suivant son efficacité ou sa nullité d'action, on fera de l'épididymite une lésion syphilitique, ou un reliquat de blennorrhagie.

Nous sommes donc loin de l'opinion de Ricord, qui donnait à toute lésion de l'épididyme une origine blennorrhagique. Non seulement nous croyons à la lésion de l'épididymite d'origine syphilitique, mais nous affirmons que dans certains cas, malgré une blennorrhagie antérieure, nous ne devons pas hésiter à attribuer à l'épididymite une nature syphilitique.

Cancer. — L'épididyme ainsi que le canal déférent peut être envahi par le cancer ; mais il est très rare que celui-ci soit primitif. Presque toujours le testicule est affecté le premier. Le cancer s'accompagne de douleurs lancinantes, spontanées. La lésion syphilitique est presque toujours indolente. Les bosselures du cancer sont plus volumineuses que celles de la syphilis ; elles sont marronnées. On avait dit pour l'épididymite secondaire que la bilatéralité de la lésion était un autre moyen de diagnostic, le cancer étant toujours unilatéral, ce signe serait insuffisant à lui seul dans le cas d'épididymite tertiaire, puisque nous avons vu que la tumeur syphilitique était presque toujours

unilatérale. L'état général du malade sera à considérer. Peu touché au début, il devient bientôt très mauvais, et la tumeur des bourses coïncide avec la cachexie cancéreuse. Mais il serait important de faire le diagnostic dès le début, et en cas de doute, nous ne saurions trop recommander avant toute intervention de faire le traitement antisypilitique. Il sera toujours temps d'agir, si ce dernier ne donne aucun résultat.

Epididymite secondaire. — Nous ne pouvons trouver de caractères bien tranchés entre les affections secondaire et tertiaire de l'épididyme, qui nous permettent de les diagnostiquer d'emblée. Peut-être pourrait-on dire que dans la période secondaire, la tumeur se montre plus localisée, sous forme de noyaux et qu'elle présente une consistance moins dure, tandis que dans la période tertiaire, elle est plus diffuse, dure, ligneuse. On devra se baser surtout sur les accidents concomitants de la vérole ; aux accidents secondaires, correspondra l'épididymite secondaire ; aux accidents tertiaires, l'épididymite tertiaire. La première est en outre généralement bilatérale ; l'unilatéralité est au contraire le mode le plus fréquent de la seconde.

Kystes de l'épididyme. — Ces kystes se rencontrent souvent sur la face convexe et sur l'extrémité libre de la tête de l'épididyme, parfois près de la queue de l'organe. Ils ne donnent également lieu à aucun changement de couleur à la peau et ne déterminent pas de réaction inflammatoire. Les uns sont fluctuants, généralement volumineux et transparents ; ces caractères élimineront d'emblée la lésion syphilitique. — Les autres ont le volume d'un pois, et donnent au toucher la sensation d'un corps

dur. C'est dans ce cas que le diagnostic peut être douteux, surtout s'il n'y a pas d'antécédents syphilitiques. Toutefois ces petits kystes donnent au toucher une sensation de résistance élastique, différente de la résistance d'une tumeur dure et solide. Les bosselures de la tumeur syphilitique sont plus nombreuses; elles occupent non seulement la face convexe de l'épididyme, comme les kystes, mais toute la tête de l'organe. Enfin l'âge servira de guide; car ces kystes ne s'observent souvent qu'au delà de 40 ans.

Hématocèle. — On peut à la rigueur confondre l'hématocèle de l'épididyme avec une tumeur syphilitique; ici encore la nullité d'action du traitement spécifique, et les commémoratifs qui font rapporter nettement l'apparition de la tumeur à une contusion des bourses, permettront de faire le diagnostic. La ponction lèverait tous les doutes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'épididymite syphilitique manque, voici ce qu'en dit MAURIAC dans les Archives générales de médecine, 1881, page 519 : « On ne peut la faire que par analogie, car le syphilome de l'épididyme n'a été ni disséqué, ni soumis à l'analyse histologique. Selon toute probabilité, la détermination s'effectue sur l'enveloppe fibreuse de l'organe, décrite par ROBIN. Cette enveloppe qui est le pendant de l'albuginée, est résistante, quoique mince, et de sa face profonde se détachent des faisceaux et des cloisons qui séparent les lobes de l'épididyme, ceux de la tête en particulier. Elle est distincte extérieurement de la tunique vaginale dans la portion moyenne de l'organe que cette portion ne tapisse pas ; partout ailleurs elle lui adhère. La prolifération se fait sur cette membrane fibreuse et dans les cloisons qui partent de sa face interne ; c'est elle qui donne naissance à ces petites tumeurs dures, isolées, qui se développent sur la tête principalement, mais quelquefois aussi sur la queue de l'organe. Il en résulte une véritable épididymite interstitielle, dans laquelle l'hyperhémie vasculaire, l'agglomération des éléments embryonnaires, les néoformations du tissu conjonctif s'effectuent avec lenteur, sourdement, et presque toujours sans aucune irradiation sur le cordon, sur la vaginale, ni sur le testicule. Sans doute il arrive parfois que la membrane séreuse est un

peu touchée, mais c'est l'exception. M. TÉDENAT (Montpellier méd., 81) a constaté trois fois un épanchement appréciable qui coïncidait avec un syphilome nodulaire du globus major. Dans deux cas, il y avait une sensation de frottement indiquant une vaginalite sèche; sur un des malades une hématocele, consécutive à une vaginalite chronique survint 3 ans après l'apparition d'un syphilome épididymaire.

Un fait important et inattendu à noter, c'est que le syphilome ne paraît pas détruire, comme l'épididymite blennorrhagique, la perméabilité du canal tortueux de l'épididyme. Les fonctions génésiques sont conservées; l'excrétion du sperme se fait normalement. Dans deux cas on a constaté la présence des spermatozoïdes ».

PRONOSTIC

En 1863, dans son mémoire sur l'épididymite syphilitique, Dron disait que la lésion de l'épididyme se rencontrait d'ordinaire dans les véroles graves, et le pronostic qu'il en faisait était plutôt fâcheux.

Depuis, on est revenu sur cette opinion en ce qui concerne l'épididymite secondaire, et nous n'avons pas été particulièrement frappé dans les cas que nous avons recueillis par la gravité des accidents tertiaires concomitants de l'épididymite.

L'affection par elle-même est essentiellement bénigne. Même dans les cas où elle fait grand tapage par les douleurs qu'elle provoque, par la vive réaction qui l'accompagne, elle ne paraît point très dangereuse. Le traitement spécifique a rapidement raison de l'acuité des symptômes; et comme nous l'avons dit, c'est le cas le moins fréquent. D'ordinaire, son apparition n'est signalée par aucun phénomène particulier, son évolution est lente et se fait à la sourdine, sa durée serait illimitée sans intervention.

Parfois cependant le tissu gommeux qui la constitue se désagrège, des fistules se forment et dureraient longtemps si on n'intervenait. C'est certainement le mode de terminaison, sinon le plus dangereux, du moins le plus désagréable. Mais il arrive souvent que ce tissu se sclérose, et donne lieu à des noyaux dont l'évolution est achevée, qui tiennent peu de place, et ne déterminent aucun phénomène douloureux.

TRAITEMENT

Pendant longtemps, on fut d'avis qu'aux accidents secondaires de la syphilis, convenait le traitement mercuriel, tandis qu'aux accidents tertiaires était réservé le traitement par l'iodure de potassium. On est revenu aujourd'hui de cet exclusivisme, après de nombreuses observations de cas où l'on a vu agir le mercure avec efficacité dans la période tertiaire et l'iodure dans la période secondaire. M. le professeur Panas nous a souvent cité le cas suivant : Etant chirurgien à l'hôpital Lariboisière, il se trouva un jour en face d'une tumeur du testicule, dont il ne put déterminer immédiatement la nature ; avait-on affaire à de la syphilis tertiaire ou à une tumeur maligne de la glande spermatique ? Il était très difficile de le déclarer, et M. Panas se décida, avant toute intervention, à donner de l'iodure de potassium à son malade. Celui-ci en prit pendant plusieurs jours, sans qu'on vît le moindre changement dans la tumeur, et M. Paul Lucas-Championnière, qui était interne de M. Panas, proposa, devant la non-efficacité du traitement, d'enlever ce testicule inutile et dangereux.

M. Panas ne voulut pas s'y résoudre avant de tenter un dernier moyen : l'administration du mercure. Et cette tumeur, sur laquelle n'avait eu aucune prise l'iodure, diminua rapidement de volume sous l'influence du mercure. Le testicule reprit ses caractères normaux, et on

fut dès lors certain qu'il était atteint d'affection syphilitique.

Nous rapporterons cette observation pour bien montrer qu'on ne doit pas se fier d'une façon absolue à l'efficacité d'un agent thérapeutique seul. Nous ne savons pas comment le mercure et l'iodure de potassium agissent dans la syphilis, mais nous sommes certains de leur action utile dans la plupart des cas ; nous ne pouvons affirmer que l'un des deux convient mieux à la période secondaire, tandis que l'autre doit être réservé à la période tertiaire, et en ce cas, il nous paraît plus simple de les associer.

C'est donc le traitement mixte que nous instituerons dans le cas d'épididymite syphilitique tertiaire. Nous donnerons le protoiodure de mercure en pilules, de 2 à 10 centigrammes par jour, et l'iodure de potassium. Nous commencerons par 2 grammes, et nous porterons rapidement la dose à 4 gr. et 6 grammes par jour.

On surveillera naturellement l'état de la bouche, on prescrira des gargarismes au chlorate de potasse pour faciliter la salivation, et l'on fera prendre au malade les soins de propreté les plus minutieux : lavage des dents avec une brosse douce imprégnée de charbon, enlèvement du tartre, etc. Si la stomatite mercurielle se développait et devenait un obstacle à l'administration du mercure, il faudrait la cesser au moins pour un temps.

On peut remplacer les pilules de protoiodure de mercure par les frictions mercurielles, qui sont très efficaces, mais qui sont parfois difficiles à donner, à cause des soins de propreté minutieux qu'elles entraînent et des grands bains qu'elles exigent très souvent.

Nous ne saurions passer sous silence le traitement mixte, préconisé par M. le professeur Panas. Nous voulons parler

des injections d'huile au biiodure d'hydrargyre. Ces injections donnent d'excellents résultats ; elles ne sont point douloureuses ; elles sont très facilement supportées, ne provoquent pas la stomatite. En voici la formule :

Biiodure de mercure 0, gr. 15 centigr.
Huile d'olives stérilisée. . . . 30 centim. cubes.

Un centimètre cube renferme 5 milligrammes de biiodure. On fait une injection tous les deux jours. Cette injection ne sera nullement douloureuse, à condition d'être profonde, intramusculaire. La région fessière paraît la plus convenable pour être le siège de ces injections. Elles laissent après elles un très léger endolorissement, très supportable, et une petite induration qui disparaît au bout de peu de temps.

Mais il ne suffit pas de traiter la localisation syphilitique de l'épididyme, il faut continuer ce traitement, alors même que l'épididymite aurait cédé, en vue de la maladie générale, qui, elle, ne guérira pas en quelques jours. C'est pendant des années que le malade devra se tenir sur ses gardes.

Le traitement local de l'épididymite tertiaire se réduit à peu de chose. Si les douleurs sont très aiguës, si les bourses sont le siège d'une vive inflammation, il sera bon de les relever le plus possible, de les maintenir à l'aide d'une petite planchette. On pourra même faire localement des onctions d'onguent napolitain belladonné ; mais nous doutons que dans ce cas le traitement soit bien efficace. Le traitement mixte, immédiatement institué, et activement poussé, donnera de beaucoup meilleurs résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Hôtel-Dieu, 1895. — Service de M. le Professeur Dup'ay

FORME SUBAIGUË D'ÉPIDIDYMITÉ. — L'ÉPIDIDYME DROIT SEUL EST PRIS EN TOTALITÉ ; IL EST GROS, DUR, BOSSELÉ. — LE TESTICULE EST INTACT. — LE CANAL DÉFÉRENT EST PRIS DANS SA PORTION CONTIGUË A L'ÉPIDIDYME. — BLENNORRHAGIE. — LE TRAITEMENT A RAISON DE LA TUMEUR, MAIS LAISSE UN NOYAU D'INDURATION AU NIVEAU DE LA QUEUE DE L'ORGANE.

M. Marc B. . . , quincaillier, 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 22 février 1895, pour une affection du testicule droit.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, âgée de 83 ans; père mort d'attaque d'apoplexie, un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire à l'âge de 5 ans, qui dura 18 mois. — A 7 ans, fièvre typhoïde sans complications. — En 1878, bronchite et anémie consécutive. Depuis ce temps, le malade tousse très peu et ne crache pas. — En 1879 fièvre intermittente qui n'a pas duré. En 1880, ictère bénin émotif.

En 1882, chancre induré à la verge.

Roséole 6 semaines après. -- Plaques muqueuses des régions buccale nasale, pharyngée. Crôûtes dans les cheveux. — Le malade suit un traitement consistant en pilules de protoiodure d'hydrargyre, à raison de cinq centigrammes par jour. Bains au sublimé. — Gargarismes. — Sirop de Gibert, 2 cuillerées par jour.

Le traitement est suivi pendant 3 ans environ, en alternant le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

Actuellement il présente des traces de sa vérole, sous forme

de nombreuses syphilides cutanées, et d'un engorgement des ganglions inguinaux.

En 1892, chaudepisse, non compliquée d'orchite, ni d'épididymite.

Depuis cette époque l'iodure de potassium a été continué avec des intervalles de repos.

Le 16 février 1895, le malade, en s'asseyant, se pinça le testicule droit ; il en ressentit sur le moment une vive douleur et vit au bout de peu de temps se développer une tumeur qui lui tirait sur le cordon.

Un médecin consulté l'engagea à entrer à l'hôpital, ce qu'il fit.

Il présentait, au moment de son entrée, tous les symptômes d'une épididymite blennorrhagique ou tuberculeuse subaiguë. L'épididyme était pris en entier ; il était gros, dur, bosselé, enchassant le testicule, qui avait conservé son volume et sa consistance ordinaires.

La partie inférieure du canal déférent, contiguë à l'épididyme, présente une légère tuméfaction, qui aurait pu être prise pour des nodules tuberculeux de ce canal.

Cependant les bourses étaient parfaitement saines ; l'affection était peu douloureuse, et l'absence de blennorrhagie et d'accidents tuberculeux firent penser, en raison des antécédents syphilitiques non douteux, qu'il s'agissait d'une épididymite syphilitique tertiaire.

On institue le traitement mixte le 8 mars.

Le malade prend le premier jour 3 grammes d'iodure de potassium. La dose en est portée le lendemain à 6 grammes : il prend en même temps une pilule de protoiodure de cinq centigrammes.

Le 18 mars, on cesse le traitement.

La tumeur est considérablement diminuée, et l'épididyme a presque repris son volume normal ; toutefois la queue de l'organe est encore grosse et présente une dureté anormale. La pression, au niveau de l'épididyme, qui, au début, était douloureuse, montre à cette époque une sensibilité normale.

Le malade sort de l'hôpital, très amélioré.

Nous le revoyons le 3 avril. Le testicule droit est plus volumineux que le gauche, disposition qui, au dire du malade, a toujours existé. Il a une consistance et une souplesse normales, et ne présente en aucun point de sa surface de plaques de blindage. On

sent actuellement l'épididyme absolument sain au niveau de la tête et du corps. Il reste au niveau de la queue, sur une hauteur de deux centimètres environ une induration, du volume d'un haricot, d'ailleurs complètement indolente à la pression.

Le canal déférent est absolument sain.

OBSERVATION II (personnelle).

Hôtel-Dieu. — Service de M. le Professeur Duplay.

ÉPIDIDYMITE GAUCHE. — FORME CHRONIQUE INDOLENTE. — TÊTE ET CORPS DE L'ORGANE PRINCIPALEMENT INTÉRESSÉS. — TESTICULE INDEMNE. — ÉPANCHEMENT DANS LA VAGINALE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — INFLUENCE MARQUÉE DU TRAITEMENT IODURÉ ET MERCURIEL, MALGRÉ L'ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS SYPHILITIQUES.

X..., Georges, droguiste, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février 1895.

Ses antécédents héréditaires sont bons. Père et mère bien portants ; deux sœurs en bonne santé. Un frère et une sœur sont morts en bas-âge (?).

Antécédents personnels. — Bronchite, à l'âge de 22 ans, qui a guéri, le malade ne tousse plus depuis lors. La même année, il contracte une blennorrhagie, qui a duré un mois et a guéri, sans complication d'orchite, ni d'épididymite.

Le malade n'accuse aucun antécédent syphilitique ; malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut retrouver aucune trace d'accidents antérieurs, et sa bonne foi ne peut être suspectée.

Il entra à l'Hôtel-Dieu, le 8 février, pour une tumeur située dans les bourses, du côté gauche, qu'un médecin de la ville a diagnostiquée hydrocèle.

Ce diagnostic est confirmé à l'Hôtel-Dieu et, le 13 février, on fait une ponction, qui donne lieu à 30 grammes d'un liquide jaune citrin. Mais on ne pousse pas l'opération plus loin, car on constate l'existence d'une tumeur grosse comme le poing, et impossible à bien étudier d'emblée. La tumeur n'est point douloureuse spontanément, mais la pression y réveille la douleur.

Le 19 février, on examine le testicule, et on est frappé par les

particularités suivantes : le testicule est petit, mou, situé à la partie antéro-inférieure de la masse. Cette masse a environ le volume d'un gros œuf de poule. Elle est dure, bosselée, et ne présente aucun point de ramollissement, à sa partie inférieure, elle se continue avec le cordon, qui ne présente aucune altération spéciale. La prostate et les vésicules séminales sont tout à fait saines. L'examen des poudrons est négatif pour la tuberculose.

L'apparition de cette tumeur remontait à un an au moins; son volume s'était accru; d'autre part elle présentait une surface uniformément dure et bosselée, la vaginale renfermait du liquide, et Monsieur Duplay songea à un néoplasme testiculo-épididymaire, à une tumeur du testicule née dans le corps d'Highmore, tumeur qui très probablement serait un sarcome. Toutefois cette opinion fut modifiée, quand on vit que sous l'influence du repos, la tumeur diminuait de volume; de plus l'absence totale de douleurs, et d'engorgement ganglionnaire la firent écarter, et bien que le malade n'ait jamais présenté la moindre manifestation de syphilis héréditaire ou acquise, on le soumit au traitement spécifique.

Le 19 février. — Il prend 6 grammes d'iodure de potassium et une pilule de protoiodure de mercure de cinq centigr.

Le traitement est suivi pendant neuf jours; l'état reste à peu près stationnaire : on observe cependant une légère diminution de la tumeur épididymaire.

Le 5 mars, le traitement est repris et suivi jusqu'au 17 mars. Cette fois la tumeur diminue rapidement de volume et le malade quitte l'hôpital le 18 mars.

Nous avons revu le malade le 1^{er} avril, et avons constaté ce qui suit :

La bourse du côté gauche présente un volume double de celle du côté droit. Les téguments sont sains, non épaissis, et glissent facilement sur les parties sous-jacentes.

Le testicule droit a un volume ordinaire et une consistance normale : il en est de même de l'épididyme qui est un peu flottant.

Le testicule gauche est situé à la partie antéro-inférieure de la tumeur; il est plus petit, plus mou, et moins sensible que le testicule droit. La tumeur est formée uniquement par l'épididyme. La tête et la partie moyenne de l'organe sont principalement intéressées. La queue se délimite bien et se continue avec les éléments du cordon qui sont d'ailleurs absolument sains. Toutefois

le canal déférent gauche paraît un peu plus volumineux que le droit.

La tumeur épидидymaire gauche a le volume d'un très petit œuf de poule : elle est indolente à la pression, bosselée, dure, ligneuse, de consistance partout égale.

L'albuginée du testicule ne présente aucune espèce d'induration à sa surface.

Les vésicules séminales et la prostate sont absolument saines.

L'absence d'accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants enlève à cette observation une grande partie de sa valeur. Et cependant cette tumeur de l'épididyme ne présente point les caractères de la lésion tuberculeuse ou blennorrhagique de l'organe. L'idée de néoplasme a dû être abandonnée ; et le traitement mixte a donné de bons résultats. C'est pour ces diverses raisons qu'il faut songer à une lésion syphilitique.

OBSERVATION III (personnelle)

Hôtel-Dieu. — Service de M. le Prof. Duplay.

ÉPIDIDYMITE CHRONIQUE DROITE, ATTEIGNANT LE CORPS ET SURTOUT LA QUEUE DE L'ORGANE. — TESTICULE DROIT LÉGÈREMENT ATROPHIÉ, MAIS SOUPLE ET MOU. — ANCIEN ÉPANCHEMENT DANS LA VAGINALE, QUALIFIÉE DE TUBERCULEUSE ? — BLENNORRHAGIE ANCIENNE, SANS COMPLICATIONS.

Ferdinand L..., âgé de 30 ans, conducteur d'omnibus, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 octobre 1894, salle St-Landry, lit 35.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Il est marié, a eu 4 enfants, dont 2 sont morts en bas-âge (?) Sa femme est bien portante.

Antécédents personnels. — A eu une blennorrhagie, en 1883, sans complication d'orchite ni d'épididymite. — En 1888, adénite inguinale droite, opérée à la Pitié par M. le Dr Polaillon, et guérie.

En 1891, le malade se présente à l'Hôtel-Dieu, à cause d'une tumeur des bourses, développée à droite, et qu'on diagnostique : hydrocèle tuberculeuse. On lui fait une large ouverture, on vide la vaginale, et le testicule redevint à peu près normal, quoique légèrement plus gros que le gauche.

En 1894, dès le début de l'année, le testicule droit augmente petit à petit, et, en juillet, il prend tout à coup un volume énorme. Toutefois, l'indolence était absolue, et le malade ne s'inquiétait que du volume et de la dureté de son testicule. « On pouvait frapper dessus avec un marteau, dit-il, sans provoquer de douleur. »

En octobre la tumeur était du volume d'un gros œuf d'oie et le malade se décide à entrer à l'hôpital. On trouve à l'examen de la tumeur un testicule droit de volume à peu près normal, quoique légèrement atrophié, de consistance ordinaire, ne présentant aucune sensibilité à la pression. Ce testicule est enchâtonné par une tumeur, constituée par l'épididyme. Tout l'organe est augmenté de volume, mais le corps et surtout la queue sont beaucoup plus atteints que la tête. Il est difficile de délimiter exactement le testicule et l'épididyme : le sillon de séparation n'est pas net. Le canal déférent et le cordon du côté droit sont sains — ainsi que la prostate et les vésicules séminales. La peau du scrotum est libre d'adhérences, elle glisse facilement sur les parties sous-jacentes et a conservé ses plis. Le testicule et l'épididyme gauche ne présentent rien de particulier.

L'examen pulmonaire ne révèle aucun signe de tuberculose. D'autre part, le malade n'accuse aucun antécédent syphilitique; pas de traces de chancre, ni d'accidents secondaires.

Néanmoins, en l'absence de tout signe pouvant se rapporter à la tuberculose ou à une blennorrhagie, on est d'avis qu'il faut administrer l'iodure et le mercure, après avoir tenu le malade en observation pendant 8 jours, sans que la tumeur change de caractère.

Le 1^{er} novembre, on lui donne 4 grammes d'iodure de potassium, et une pilule de protoiodure d'hydrargyre de 5 centigrammes. Au bout de 15 jours, on porte la dose d'iodure à 6 grammes.

La tumeur diminue des trois-quarts pendant les quinze premiers jours, puis ensuite graduellement, et quand le malade

sort, l'épididyme a presque repris son volume normal, mais il est induré et plat.

Le malade a été revu le 30 mars. Son testicule droit est légèrement atrophié. Il est peu sensible, non blindé à sa surface, paraissant un peu plus mou que le testicule gauche, qui est sain. L'épididyme, au contraire, se présente avec des caractères particuliers. La tête est normale. Le corps est un peu augmenté de volume, dur, renfermant des petits noyaux, qui donnent la sensation de grains de plomb enchâtonnés. La queue est beaucoup plus grosse que le reste de l'organe; elle a le volume d'une petite noix, est dure, bosselée à sa surface, absolument indolente à la pression. On ne peut trouver que difficilement le sillon de séparation entre le testicule et l'épididyme. Le canal déférent droit est normal, ainsi que le cordon.

Les enveloppes des bourses sont saines. Rien de particulier à gauche.

OBSERVATION IV

empruntée à M. le Prof. Fournier.

FORME SUBAIGUË-INDOLENTE. — ÉPIDIDYME UNILATÉRALE.

X., vu le 10 octobre 1891, a contracté la syphilis en 1885 — chancre induré à la verge.

Aucun accident secondaire.

Il est soumis pendant cinq mois au traitement mixte.

Pilules de protoiodure d'hydrargyre et iodure de potassium.

Tout traitement a été cessé depuis lors.

En octobre 1891 il présente une tumeur de l'épididyme droit qui a débuté il y a onze jours. Cette tumeur est indolente.

M. Fournier le met au traitement ioduré en concluant à une épididymite syphilitique, qui serait tertiaire par sa date.

ORSERVATION V

due à l'obligeance de M. le professeur Fournier.

FORME SUBAIGUË. — INDOLENCE. — ÉPIDIDYMITÉ TERTIAIRE GAUCHE. —
PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — RÉSOLUTION RAPIDE SOUS
L'INFLUENCE DU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE.

X... se présente chez M. Fournier, le 24 mai 1879. Il a eu un chancre labial en 1874. Traité par le docteur X..., on lui donna 2 à 4 centigrammes de protoiodure par jour et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le malade passe une saison à Luchon, pendant laquelle il ne présente comme accidents que des croûtes aux jambes.

En 1877-1878, quelques accidents légers.

Aujourd'hui (mai 1879), tumeur osseuse du palais, qui a débuté il y a deux mois. En même temps, tumeur de l'épididyme gauche dont la tête est très dure, bosselée. Cette tumeur a débuté il y a cinq mois, mais elle a beaucoup grossi depuis quinze jours, elle est indolente. M. Fournier fait prendre au malade une cuillerée à café par jour de liqueur Van Swieten, 3 cuillerées de sirop d'iodure de potassium, des bains.

Le 18 juin. — L'épididyme a beaucoup diminué, la tumeur du palais est presque effacée.

Le 5 avril. — L'épididyme est sain.

On observe à la suite chez ce malade d'autres manifestations tertiaires de la syphilis.

OBSERVATION VI

Observation III de Dron.

Arch. gén. de méd., 1863.

FORME SUBAIGUË. — ÉPIDIDYMITÉ DROITE. — PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — LA TÊTE DE L'ÉPIDIDYME EST SURTOUT INTÉRESSÉE. — GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT IODURÉ. — LA TÊTE DE L'ÉPIDIDYME CONSERVE DES NOYAUX D'INDURATION.

H., 22 ans, tisseur ; tempérament lymphatique. Entré à l'Antiquaille le 2 août 1862, salle St-Bonaventure, 10.

Antécédents : jamais de blennorrhagie. Manifestations strumeuses à diverses époques. Il y a deux ans, chancre mou avec bubon chancreux.

Le 10 février 1862, le malade, 3 mois après les seuls rapports sexuels qu'il ait eu à cette époque, s'aperçoit d'un chancre induré, accompagné d'adénopathie inguinale multiple et indolente.

Trois mois après, roséole, plaques muqueuses au gosier.

Cinq mois après (juillet 1862) douleur de la partie droite du scrotum, avec tuméfaction peu considérable. L'affection n'avait été provoquée ni par un effet, ni par une cause traumatique quelconque. Elle ne fut pas assez douloureuse pour forcer le malade à interrompre complètement son travail.

En même temps se montrèrent une syphilide papuleuse sur le tronc et les membres et des plaques muqueuses à l'anus et au gosier.

Ces manifestations syphilitiques existaient à son entrée à l'Antiquaille le 2 août 1862. Quant à la tuméfaction du scrotum, elle était alors si indolente, que le malade n'attira pas sur elle l'attention du chirurgien. Il fut traité successivement par la teinture cyanurée hydrargyrique, la liqueur de Van Swieten, les pilules de protoiodure de mercure.

Je le vois pour la première fois le 7 avril 1863. A ce moment le malade signale de nouveau une douleur au niveau du testicule droit. L'épididyme est tuméfié dans toute son étendue, mais surtout vers la tête où la tumeur égale une aveline. La consistance est solide et résistante, sa surface bosselée ; l'organe est appliqué

sur le testicule, sans l'enchasser; ce dernier est parfaitement sain. Il n'y a pas d'écoulement urethral.

Le malade n'accuse aucun effort; il passe la plus grande partie de la journée au lit.

A gauche, le testicule est atrophié par suite d'une varicocèle. Pas de noyau induré dans l'épididyme. Le tibia droit est le siège d'une périostose douloureuse, avec exacerbation nocturne. Les syphilides ne sont plus indiquées que par des macules.

Traitement. KI 1 gramme. Emplâtre de Vigo sur les tumeurs.

15 avril. — L'épididyme a diminué de volume. La tête seule présente une tumeur de la grosseur d'une noisette, dure, bosselée, encore douloureuse à la pression. La périostose s'efface et est devenue indolente. KI 2 grammes.

13 mai. — Sortie du malade. Syphilides et périostose sont guéries; l'épididyme offre à peine dans la tête quelques traces d'induration, le corps et la queue sont souples et de volume normal.

OBSERVATION VII

Observation XI de Dron.

ÉPIDIDYMITÉ BILATÉRALE. — FORME CHRONIQUE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE SANS COMPLICATIONS. — LE TRAITEMENT IODURÉ AMÈNE LA RÉOLUTION COMPLÈTE DES DEUX ÉPIDIDYMITES DES DEUX CÔTÉS.

L., 30 ans. Tempérament sanguin. Entre à l'Antiquaille, le 31 juillet 1863, salle St-Michel, N° 6.

Antécédents. Blennorrhagie, il y a dix ans; pas d'épididymite. Il y a 14 mois, chancre induré, traité à l'Antiquaille (pansements au vin aromatique et pilules mercurielles). Ce chancre ne fut cicatrisé qu'au bout de 48 jours. Le malade sortit en bon état. Mais, 15 jours après, se montrèrent des croûtes dans les cheveux, de l'alopecie, des plaques muqueuses du gosier et une syphilide papuleuse. Pilules mercurielles. Bains de sublimé. Cautérisation des plaques. Guérison au bout de deux mois.

Quelques mois plus tard, récurrence nécessitant un nouveau traitement mercuriel.

Actuellement, le malade présente une éruption de rupia syphilitique aux cuisses, aux fesses et au dos. Douleurs ostéocopes pendant la nuit.

La tête de l'épididyme gauche a le volume d'une olive. Elle est dure, inégale, indolente ; rien à la queue.

A droite, légère induration de la même partie.

Les testicules sont sains, et les fonctions génitales normales.

Le malade, avant mon examen, ne s'était pas aperçu de la tuméfaction de l'épididyme et n'y avait jamais ressenti de douleur.

Traitement. KI, 0,50 d'abord, puis 1 et 2 gr. Pansement iodé sur le rupia.

23 août. — Cicatrisation très avancée du rupia. Plus de douleurs nocturnes. La tumeur de l'épididyme est à peine perceptible. KI, 3 gr. par jour.

15 septembre. — L'épididyme a sa grosseur et sa consistance normales. Les ulcérations du rupia sont à peu près entièrement cicatrisées. Le malade quitte l'hôpital.

M. Dron nous engage à considérer également cette observation comme entrant dans le cadre de l'affection que nous décrivons, à cause du rupia, qui est un accident de transition, et des douleurs ostéocopes dues à la périostite ou à l'ostéite.

OBSERVATION VIII

Observation XIII de Dron

ÉPIDIDYMITE LATÉRALE. — FORME SUBAIGUÉ. — FONCTIONS GÉNITALES LANGUISSANTES. — BLENNORRHAGIES ANTÉRIEURES SANS COMPLICATIONS. — TRAITEMENT MIXTE. — AMÉLIORATION.

X..., 35 ans. Tempérament nerveux. M'est adressé le 21 Juillet 1863 par le Dr Diday.

Antécédents : Ce malade a eu, il y a dix ans, une blennorrhagie, qui ne s'est pas compliquée d'épididymite. Il y a cinq ans, une nouvelle blennorrhagie aussi simple que la première.

Puis il a eu un chancre qui se montra trois semaines après le seul coït auquel il se soit livré à cette époque. Le chancre, qui s'accompagna d'un engorgement des ganglions de l'aîne, fut traité, indépendamment des moyens locaux, par le protoiodure de mercure à l'intérieur. Malgré ce traitement, deux mois après : croûtes dans les cheveux, alopecie, papules sur le front, engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; angine tenace; plaques muqueuses à l'anus.

En décembre 1863, le malade éprouve au testicule gauche une douleur accompagnée d'un peu de tuméfaction. Pareils accidents se montrèrent à droite. La douleur s'exaspérait la nuit. Il alla à Paris voir un spécialiste renommé qui, examinant très superficiellement, d'après le malade, les organes affectés, les déclara parfaitement sains,

M. Cullerier, consulté ensuite, reconnut une tuméfaction anormale et prescrivit KI à la dose de 1 gr. par jour.

Actuellement je constate un engorgement des deux épидidymes, dont la tête égale à gauche une olive, à droite une petite noisette. Pas de lésions aux testicules. Fonctions génitales languissantes.

M. Diday a jugé la tuméfaction de nature syphilitique et a prescrit un traitement par le protoiodure d'hydrargyre et KI.

Le malade, étranger à Lyon, n'a pas été revu, mais il a écrit que les tumeurs de l'épididyme diminuaient.

OBSERVATION IX

Observation XIV de Dron

ÉPIDIDYMITE GAUCHE. — FORME CHRONIQUE. — BLENNORRHAGIE ANT.
NON SUIVIE DE COMPLICATIONS. — LÉGER ÉPANCHEMENT DANS LA
VAGINALE. — RÉVOLUTION COMPLÈTE PAR LE TRAITEMENT IODURÉ.

X..., étudiant en médecine.

Antécédents. Il y a deux ans, chancre induré, suivi d'accidents constitutionnels. Il a fait à cette époque un traitement mercuriel et depuis lors aucune manifestation syphilitique n'est survenue.

Dans les premiers jours de septembre 1873, M. X... s'aperçut d'une petite tumeur au niveau de la queue de l'épididyme gauche, survenue sans cause traumatique et sans occasionner de douleur.

Il n'y avait point d'écoulement par le canal et les blennorrhagies anciennes du malade ne se sont jamais compliquées d'épididymite. Cette tumeur avait le volume d'une grosse noisette ; elle était dure, à peine douloureuse à la pression, un peu adhérente à la peau, se confondant avec l'épididyme et parfaitement détachée du testicule, qui n'offrait rien d'anormal. Il y avait un peu d'épanchement dans la tunique vaginale.

En raison des antécédents syphilitiques du malade, j'ordonnai pour tout traitement KI à l'intérieur, à la dose de 0^{cs}50 pour débiter et 6 grammes au bout de 5 jours.

Huit jours plus tard, la tumeur avait presque complètement disparu. Aujourd'hui, 18 septembre, c'est à-dire 15 jours après le début du traitement, il n'en existe plus de trace. L'épanchement s'est également résorbé. J'ai engagé le malade à continuer pendant quelque temps KI.

OBSERVATION X

Observation IV de la thèse de Balme, 1876.

Emprunté à M. Fournier.

CHANCRE EN 1873. — PLAQUES MUQUEUSES. — ÉROSIONS BUCCALES. — INDURATION DE LA TÊTE DES DEUX ÉPIDIDYMES, SURVENUE TROIS ANS APRÈS LE DÉBUT DE LA MALADIE. — GUÉRISON EN UN MOIS ET DEMI. — ÉPIDIDYMITE BILATÉRALE. — FORME CHRONIQUE.

Le nommé X.... contracte en 1873 un chancre du gland, à la suite duquel il vit survenir la roséole et des plaques muqueuses. Il prit de 20 à 30 pilules de protoiodure de mercure de 5 centigrammes. Depuis lors pas d'accidents.

En 1876, le 26 février, il vint consulter M. Fournier pour des tiraillements du côté des bourses.

On ne constata pas d'augmentation de volume. Le scrotum a conservé sa forme et ses plis. Pas de douleurs à la pression. Le testicule droit est sain. L'épididyme s'en détache nettement. La tête est de la grosseur d'une noisette, dure et bosselée.

A gauche, le testicule est sain dans ses trois quarts inférieurs. Il semble supérieurement recouvert d'une coque dure. L'épididyme ne peut en être distingué.

Légères érosions buccales.

Traitement. Bains. Gargarisme. 2 grammes d'iodure de potassium par jour,

Le 13 mars. La diminution a eu lieu de moitié.

Le 21 avril. Quelques syphilides linguales légères. Petites croûtes dans les cheveux. Un peu d'herpès praeputialis.

A droite, l'épididyme a recouvré sa souplesse normale.

A gauche, il ne reste plus au sommet du testicule qu'une induration pisiforme.

Marié en 1876, le malade n'a pas eu d'enfants.

En 1889, il présente tous les signes du tabès....?

OBSERVATION XI

Observation IX de la thèse du docteur Balme.

Empruntée à M. Fournier.

ACCIDENT PRIMITIF IGNORÉ. — ROSÉOLE. — PSORIOSIS. — PÉRIOSTITES.
— NODOSITÉS DE L'ÉPIDIDYME, CONSTATÉES A DROITE DANS LA TÊTE
DE L'ORGANE, UN MOIS APRÈS LA ROSÉOLE. LE MALADE N'A PAS ÉTÉ
SUIVI. — ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME CHRONIQUE.

Le 11 avril 1873, le nommé X... vient consulter M. Fournier pour une roséole, qui en était à sa période de début, et pour un mal de gorge qui est reconnu causé par de légères érosions amygdaliennes.

Le malade se plaint de douleurs sternales et l'examen de la région y fait découvrir une périostose.

Depuis quelques jours, les maux de tête sont constants.

Pas de ganglions inguinaux ni cervicaux. N'a pas connaissance d'avoir eu un chancre.

Le 18, la roséole apparaît de plus en plus. De véritables plaques muqueuses se montrent sur les amygdales.

Le 5 mai, la roséole est fanée, et le 12, complètement éteinte. Quelques jours auparavant, sans cause connue, était survenue

une lymphangite de la partie interne de la cuisse, qui guérit par le repos et les cataplasmes. Le 16 mai, il n'en restait plus de trace.

Le 12 septembre, il revient pour un gonflement qui s'était manifesté, dix jours auparavant, tout autour de l'oreille et s'étendait de l'arcade zygomatique à l'apophyse mastoïde. Nulle douleur spontanée. A peine en existe-t-il au toucher.

A cinq jours de là, un abcès s'ouvrit et donna issue à du pus qui s'écoula par l'oreille. La peau était devenue légèrement rouge vers le sillon auriculo-temporal.

En même temps, la malléole tibiale droite était le siège d'une tuméfaction douloureuse, sans changement de couleur à la peau.

Le 22 septembre, tout s'apaise, et le 28 tout est terminé. Mais il fut pris d'une céphalée pénible, empêchant tout travail, qui céda le 8 novembre, lors de l'apparition d'une périonyxis et de psoriasis lingual.

Les testicules sont examinés et trouvés sains, ainsi que l'épididyme, tête et queue.

Le 24 novembre, le malade est réveillé par de vives douleurs dans les os, qui cédèrent à un traitement approprié.

En décembre, le psoriasis de la langue tend à disparaître. Quelques papules apparaissent à la verge.

Le 8 janvier 1874, tout allait pour le mieux.

Le 20 février, le malade est vu : il a suivi son traitement à raison de une pilule par jour, ne pouvant en supporter davantage.

Le 11 avril, statu quo.

Le 9 juin, le malade peut prendre 3 pilules de protoiodure et assure s'être traité jusqu'ici. Le traitement est cessé momentanément.

Le 22 juin, en même temps que se développait une périostose de l'extrémité interne de la clavicule droite, on sentait nettement à l'insu du malade, des nodosités dans la tête de l'épididyme droit. Le testicule est constaté sain ainsi que celui de gauche avec son épидидyme. Pas de douleurs à la pression. Le scrotum a l'apparence tout à fait normale.

Prescription : KI — 2 grammes par jour. Le malade n'est pas revenu.

OBSERVATION XII

Observation XII de la Thèse du Dr Balme

Empruntée à M. Fournier

CHANCRE EN JANVIER 1869. — ROSÉOLE. — PSORIASIS PALMAIRE EN JANVIER 1875. — INDURATION DE LA TÊTE DE L'ÉPIDIDYME. — PAS D'ACCIDENTS CONCOMITANTS. — GUÉRISON EN 3 MOIS ET DEMI. — ÉPIDIDYMITÉ UNILATÉRALE. — FORME CHRONIQUE.

En janvier 1869, le nommé X... contracte deux chancres à base dure et dont la marche est envahissante, avec adénopathie consécutive.

6 mars. Survient une roséole, accompagnée de maux de tête et d'angine due à des érosions de l'amygdale.

En 1870, M. Fournier constate du psoriasis palmaire, comme seule lésion, et prescrit de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour. — 1872. Légères érosions buccales.

En janvier 1875, le 15, sans autre accident concomitant, le malade revient consulter M. Fournier, pour une grosseur indolente de l'épididyme. Les bourses ont l'aspect normal et les testicules sont trouvés sains.

L'épididyme de l'un d'eux présente, au niveau de sa tête, une dureté irrégulière. En l'absence d'accidents actuels, *l'incertitude règne sur la nature vraiment spécifique de l'affection*. Aussi le traitement est-il institué.

Le 25 janvier, la dureté avait diminué.

Le 25 mai, elle n'était plus que de moitié.

En mai 1876, M. Fournier revit le malade guéri et n'ayant pas eu de nouvelles manifestations.

OBSERVATION XIII

Observation XVI de la thèse du docteur Balme.

Empruntée à M. Fournier.

INDURATION DE LA QUEUE DE L'ÉPIDIDYME A DROITE. — SYPHILIS EN 1860. — BLENNORRHAGIES ANTÉRIEURES ET ACTUELLE. — MALADE NON SUIVI. — FORME CHRONIQUE D'ÉPIDIDYMITÉ.

A la suite d'une syphilis contractée en 1860, M. X... vit survenir à la bouche; et à diverses reprises, des plaques blanches à forme érosive. Il eut plusieurs blennorrhagies dont il ne reste actuellement qu'un léger suintement. Il prétend qu'à son réveil, il verrait une goutte à son méat urinaire, mais il est impossible de ne rien trouver sur sa chemise. De plus, il y a une quinzaine de jours il s'est aperçu qu'il portait un noyau dur à la partie inférieure du testicule droit. Telles sont les deux causes qui l'ont décidé à venir trouver; en 1866, M. le Dr Fournier, qui put constater en effet que la queue seule de l'épididyme était prise.

La tumeur était dure et bosselée, en même temps qu'indolente à la pression et se détachait nettement du testicule resté sain. Le scrotum avait son apparence normale. Il y a six mois, au dire de M. X..., qu'une orchite gauche se serait déclarée. Mais les signes qu'il donne n'étant pas de nature à entraîner la conviction « le diagnostic, dit M. Fournier, vers lequel je penche, est celui d'épididymite syphilitique ».

Le malade fut soumis au traitement spécifique, mais n'est pas revenu.

OBSERVATION XIV

Observation XX de la thèse du Dr Balme.

ÉPIDIDYMYTE DOUBLE. — FORME CHRONIQUE. — A DROITE L'ORCHITE
ACCOMPAGNE L'ÉPIDIDYMYTE. — RÉSOLUTION SOUS L'INFLUENCE DU
TRAITEMENT MIXTE.

Le 11 janvier 1863, X..., ayant vu depuis un mois son testicule droit augmenter de volume, se présente à la consultation particulière du Dr Fournier. Il dit avoir eu, il y a 3 ans, un chancre suivi à courte échéance d'une roséole. Il fut mis au traitement par un médecin de la ville, mais le suivit peu régulièrement. Néanmoins, les accidents furent des plus minimes, aussi pensa-t-il pouvoir se marier, il y a 14 mois. Actuellement il a un enfant de 3 mois qui jouit de la plus parfaite santé. Lui-même n'offre pas trace d'accidents sur le corps. Toute l'affection porte sur les testicules. Il existe, en effet, une notable différence entre les parties de droite et les parties de gauche. Pas de rougeur. Pas de chaleur à la peau. Le scrotum, très distendu à droite, glisse librement sur les parties sous-jacentes. A droite, le volume de la tumeur représente celui d'un citron ; l'épididyme peut être distingué du testicule ; il est dur, on y sent à la tête des noyaux de la grosseur d'un pois moyen ; le testicule présente, en même temps, des saillies multiples indurées.

A gauche, le volume du testicule est normal et lisse à sa surface. On n'y peut sentir la plus petite dureté. Mais en arrière, la tête de l'épididyme est remplie de noyaux donnant la sensation de petits cailloux, enchassés dans l'intérieur des tissus.

La queue de l'épididyme et le canal déférent sont reconnus intacts. Le malade n'éprouve pas de douleur spontanée et dans la gêne occasionnée par la pesanteur de son testicule droit, on pourrait dire que s'il ne le voyait pas et ne le pouvait toucher, il ne s'en douterait pas.

Il est mis au traitement et, sous son influence, la diminution fut assez rapide, pour que le 24 du même mois, le testicule fût réduit de moitié.

Le 21 juillet, le testicule droit avait recouvré son état normal et les indurations épидидymaires avaient également disparu. Le traitement avait été suivi jusqu'en avril.

OBSERVATION XV

Observation XXX de Balme

ÉPIDIDYMITÉ GAUCHE. — FORME CHRONIQUE — PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — TRAITEMENT MIXTE : LA TUMEUR DE L'ÉPIDIDYME SE RÉDUIT DE MOITIÉ.

Le nommé S..., 33 ans, employé de chemin de fer, entre le 24 juin 1876, à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Fournier, salle St-Louis, n° 44.

Pas d'antécédents scrofuleux. Rougeole à 8 ans. Fièvre typhoïde à 15. — Bonne santé habituelle. Ne tousse pas. Les frères et 5 de ses sœurs sont mariés et se portent bien. Sa mère jouit d'une bonne santé, quoique âgée de 84 ans. Son père est mort du choléra.

En 1868, il contracte un chancre de la verge, situé dans la rainure glando-préputiale, qui fut suivi d'une pléiade ganglionnaire indolente des deux aînes et de plaques muqueuses buccales et linguales. — Il se traite, mais irrégulièrement.

En 1869, se croyant guéri, il se maria. Sa femme, un an après, contracta la même maladie et accoucha à terme d'un enfant qui vit actuellement, mais qui porta dans la suite des traces de syphilis.

Il affirme n'avoir jamais eu le moindre échauffement. N'a pas eu les bourses contusionnées.

En 1873, il éprouva de grandes douleurs de reins, qu'il rapporta à la syphilis. Ces douleurs s'amoiendrirent en même temps qu'apparut dans la région scapulaire droite, vers l'angle inférieur de l'omoplate, un bouton qui fut le début d'une syphilitide serpigneuse, qui se poursuit encore actuellement.

Ce fut le seul accident qu'il présenta jusqu'en mai 1875.

A ce moment, des douleurs, peu vives cependant, se firent sentir à l'émergence du nerf, au niveau de la grande échancrure sciati-

que. Ces douleurs se propagèrent en arrière de la cuisse, sur le trajet de ce nerf, accompagnées parfois de crampes, surtout pendant la marche.

Vers le 25, la fatigue avait diminué, quand le malade éprouva un sentiment de lassitude dans la bourse gauche, sans aucune douleur. Il éprouvait de la gêne, soit dans la marche, soit dans la station assise.

Le malade entre le 24 juin, et le 26 on constate la syphilide serpiginieuse du dos déjà mentionnée, présentant encore deux petites gommès ulcérées.

Les bourses ont leur aspect normal. Le scrotum glisse librement et permet de s'assurer de l'état des parties sous-jacentes.

A droite, le testicule et l'épididyme sont sains.

A gauche, le testicule n'est pas augmenté de volume. Sa surface est lisse et ne donne pas la sensation de plaques cartilagineuses ou de granulations pisiformes. La tête de l'épididyme est indemne de toute lésion. La queue seule présente une induration du volume d'une noisette, se détachant du testicule. A droite de cette induration, on sent une inégalité qui fait saillie et augmente le diamètre transversal de la petite tumeur.

Le 26, le malade est mis au traitement mixte : une pilule de protoiodure de mercure et deux grammes de KI. L'appétit est bon.

Le 10 juillet, le traitement ayant été régulièrement suivi, les gommès sont cicatrisées et la tumeur de l'épididyme est réduite de moitié. L'état général est excellent.

« La queue de l'épididyme, ajoute Balme, peut être prise dans la période tertiaire, comme le prouve cette observation, et son existence est indépendante de la plus petite lésion testiculaire. On voit d'après les signes physiques présentés par cette tumeur qu'il est impossible de la distinguer d'une tumeur semblable évoluant en pleine période d'accidents secondaires, et il nous est prouvé une fois de plus que l'altération isolée de l'épididyme est bien de toutes les périodes ».

OBSERVATION XVI

Observation X de Tédénat. Montpellier Médical, 1881.

ÉPIDIDYMYTE DROITE. — FORME CHRONIQUE. — BLENNORRHAGIES ANTÉRIEURES SANS COMPLICATIONS. — VAGINALITE SÈCHE. — CANAL DÉFÉRENT ENVAHI SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT IODURÉ, LA RÉOLUTION COMPLÈTE A LIEU.

Achille Tav...., 29 ans, garçon d'hôtel, né à Milan, demeurant à Lyon, entre le 21 juillet 1875, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle St-Joseph, service du professeur Letiévant, dont j'étais l'interne.

Bonne santé habituelle. Chaudepisse, il y a six ans, sans inflammation orchi-épididymaire. Elle dura 4 mois.

En 1870, vérole, dont les accidents secondaires, de gravité moyenne, cédèrent en un an au traitement mercuriel. Nouvelle blennorrhagie en 1873, guérie en deux mois. Pas de troubles urinaires. Il y a dix jours, Tav.... s'est aperçu d'une tumeur située dans la bourse gauche; elle s'accompagne de vagues douleurs le soir, quand le malade a marché toute la journée. Il entre à l'hôpital moins pour cette affection que pour une légère bronchite.

Du côté gauche le testicule a son volume, sa consistance et sa sensibilité ordinaires. L'épididyme, dans sa moitié inférieure, est dur et bosselé, du volume d'une grosse noix. Il est sain dans le reste de son étendue, indolore à la pression. Pas d'épanchement dans la tunique vaginale qui paraît un peu épaissie et présente quelques frottements. Sur la partie inférieure du canal déférent sont échelonnées trois nodosités du volume d'une noisette.

Pas d'autres accidents syphilitiques. Le testicule et l'épididyme droits sont sains.

Tisane salsepareille. 2 gr. de KI. Pommade iodurée.

30 juillet. — La tumeur épididymaire a sensiblement diminué de volume.

10 août. — La diminution du volume continue à se produire. Le malade quitte l'hôpital, où il reviendra à la consultation gratuite.

20 septembre. — Avec le Dr Garin, nous constatons la dis-

parition presque complète de la tumeur de l'épididyme et de ses nodules funiculaires.

Note de M. Tedenat. — Les lésions ressemblent ici plus à la forme gommeuse qu'à la forme diffuse. La distinction est d'ailleurs difficile dans beaucoup de cas.

OBSERVATION XVII

Observation IX de Tedenat. Montpellier médical, 1881.

ÉPIDIDYMITE GAUCHE. — FORME SUBAIGÜE. — ORCHITE DIFFUSE A DROITE, SANS LÉSION DE L'ÉPIDIDYME. — PAS DE BLENNORRHAGIE. — ÉPANCHEMENT DANS LA VAGINALE. — GUÉRISON PAR L'IODURE.

Pierre Mich..., 27 ans, cordonnier, habitant la Guillotière. Lymphatique. Bonne santé habituelle.

Blennorrhagie à l'âge de 22 ans; passée à l'état chronique, elle dura 8 ou 10 mois; depuis lors, poussées fréquentes d'herpès génital. Il y a 4 ans (mai 1875), chancre induré, suivi, deux mois après, d'accidents secondaires graves, Périostite du frontal. Ecthyma des membres inférieurs. Ils ont persisté pendant plus d'un an, malgré le traitement mercuriel régulier et une hygiène très satisfaisante.

Au commencement de février 1879, le malade éprouve des douleurs vagues dans le testicule gauche, avec tiraillements inguino-lombaires. Il constata un peu de tuméfaction. Il attribuait ces accidents à une contusion de l'organe pendant le coït.

Le 4 mars, je constatai chez cet homme, qui faisait ses 28 jours dans la même section que moi, à l'hôpital militaire de Lyon : Tuméfaction de tout l'épididyme, au moins doublé en volume, dur, indolore à la pression; épanchement de 80 grammes environ dans la tunique vaginale. Testicule mou, petit, encapuchonné en haut et en bas par l'épididyme gonflé. Mon ami le Dr Debord, aide-major attaché à cet hôpital, fit les mêmes observations et crut (comme moi) à une épididy-

mite syphilitique. Le malade mit un suspensoir et continua son service, sans souffrances notables. Il fut soumis au traitement par KI (3 gr. par jour). La tumeur épididymaire diminua progressivement, et, au commencement du mois de juin, il n'en restait pas de traces.

Cet homme présentait, en outre, à droite, une orchite diffuse sans lésions de l'épididyme ou du cordon.

OBSERVATION XVIII

Observation VIII de Tedenat. Montpellier médical, 1881

SYPHILOME DIFFUS UNIQUEMENT ÉPIDIDYMAIRE. — ÉPIDIDYMITE DROITE.
— FORME SUBAIGÜE. — BLENNORRHAGIE ET ORCHITE DROITE ANTÉ-
RIEURE. — CANAL DÉFÉRENT ENVAHI. — VAGINALITE. — GUÉRISON
COMPLÈTE PAR LE TRAITEMENT IODURÉ.

Paul Feuch., ouvrier typographe, 34 ans, né à Paris, entre dans le service du professeur Valette (Hôtel-Dieu de Lyon, salle St-Philippe), le 8 janvier 1876.

Constitution forte. Quelques accès alcooliques. Orchite blennorrhagique droite en 1869. Pas d'autres antécédents morbides qu'une syphilis contractée au commencement de l'année 1873. Accidents secondaires bénins, qui, grâce à un traitement mercuriel régulièrement suivi pendant sept mois, ont complètement disparu depuis le mois d'octobre 1873.

Ce malade entre pour une affection du testicule droit. Son attention a été attirée de ce côté par de vagues douleurs s'irradiant vers les lombes et survenant surtout vers la fin du jour, ce qui a contribué à la position verticale qu'il garde pendant le travail.

La bourse droite est tuméfiée. La peau est saine. Dans la tunique vaginale, une mince lame de liquide. Quand elle est déplacée, on obtient quelques frottements très doux. L'épididyme est augmenté de volume dans toute son étendue. Si la tuméfaction ne prédominait à la partie supérieure, il aurait les dimensions et la forme des grosses épididymites blennorrhagi-

ques. Ça et là on constate des nodosités larges et comme aplaties. La dépression n'y détermine pas de douleur.

Le testicule a son volume normal; sa sensibilité spéciale est un peu émoussée. Il est un peu moins mou qu'il ne l'est ordinairement dans l'épididymite blennorrhagique; l'épididyme au moins triplé de volume l'emboîte complètement.

Le canal déférent dans toute sa partie inguinale est épaissi; à sa partie inférieure, deux nodosités, grosses comme une noisette, se mettent en contact avec la partie interne de la tête de l'épididyme.

Emplâtre de Vigo. Suspensoir. 4 grammes de KI.

20 janvier. La tumeur a sensiblement diminué; l'épanchement intra-vaginal ne s'est pas modifié. Suppression des douleurs. Acné iodique.

3 février. Le cordon a repris son volume normal, la queue de l'épididyme aussi. Le globus major et les nodosités du canal déférent sont encore grosses. Le malade ne souffre pas; l'acné iodique n'a duré que huit ou dix jours et s'est limité.

20 février. La résorption du syphilome continue; sensibilité testiculaire revenue. Persistance de l'épanchement vaginal. Le frottement a disparu. Canal déférent à peu près normal.

Le malade quitte l'hôpital. M. Valette lui conseille de continuer l'iodure de potassium pendant un mois à la dose de 4 gr. par jour.

1^{er} mai. M. Olivier, externe du service, a revu le malade ces jours derniers. La guérison lui a paru complète.

OBSERVATION XIX

Observation I, de la Thèse de Pascalis. Paris, 1884.

Communiquée par le Dr Reclus.

ÉPIDIDYMITÉ GAUCHE. — FORME AIGÜE. — PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — RÉOLUTION RAPIDE SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT MIXTE.

M. X. . . , 40 ans, présente comme antécédents pathologiques : Une fièvre typhoïde qui a évolué normalement; un peu plus tard, une scarlatine et, à la suite, une pleurésie dont il ne reste pas de traces.

Vers l'âge de 14 ans, deux pneumonies. A l'âge de 16 ans, il fut pris d'une fièvre intermittente, qui dura trois mois et guérit par le sulfate de quinine. Depuis cette époque, le malade jouit d'une bonne santé habituelle.

Vers le milieu du mois de mai 1880, on constate une érosion linéaire à base indurée, unique, au niveau de la couronne du gland, présentant tout l'aspect du chancre syphilitique. En même temps retentissement ganglionnaire double, indolent, constituant la pléiade de Ricord; les ganglions sous-occipitaux existent.

Quatorze jours après, pendant tout le mois de juin, affaiblissement général, douleurs rhumatoïdes très vives, insomnies et sueurs nocturnes. On institue un traitement local : lotions avec du vin aromatique, pansement avec la poudre de bismuth et calomel. Le traitement général consiste en pilules de fer et vin de quinquina.

La cicatrisation du chancre est complète au bout de trois semaines. L'induration seule persiste à ce niveau.

Vers le milieu du mois de juillet, c'est-à-dire deux mois après l'accident primitif, apparaît une roséole généralisée, plus marquée sur le ventre que sur la poitrine. Dans les premiers jours d'août, mal de gorge, les piliers du voile du palais sont rouges et on distingue deux plaques muqueuses à ce niveau. On ordonne : pilules de protoiodure de Ricord, 2 par jour. Le traitement est interrompu deux fois, à cause d'une diarrhée persistante. Le malade ne peut prendre que vingt pilules ; néanmoins, tous les accidents disparaissent ; la roséole et les plaques muqueuses ne laissent aucune trace, quand, vers le mois de janvier 1881, à la suite de fatigues répétées, on voit apparaître sur le ventre 3 ou 4 pustules d'ecthyma ; une plaque muqueuse se montre au niveau du pilier gauche. Cette poussée est accompagnée de sueurs nocturnes et d'insomnies.

On fait reprendre au malade deux pilules de protoiodure par jour, une le matin, une le soir et 1 gr. de KI. à midi. Tous les accidents disparaissent sous l'influence du traitement, et vers la fin de février, à la place des pustules d'ecthyma, on voit des cicatrices, couleur jambon caractéristique.

Pendant l'espace de temps de février à novembre 1881 se succèdent plusieurs poussées caractérisées par des plaques muqueuses dans la gorge et quelques éruptions croûteuses du cuir chevelu. L'adénite sous-occipitale persiste.

Le traitement du mois de février vers la fin d'août consiste en deux pilules de protoiodure par jour.

Pendant le mois d'août, une cuillerée de sirop de Gibert matin et soir.

Vers le 15 novembre, le malade est pris subitement d'une douleur très vive dans le testicule gauche, s'irradiant dans tout le trajet du cordon.

Les douleurs sont spontanées et augmentées par la plus légère pression. Par la palpation, l'épididyme gauche est augmenté de volume au niveau de la tête ; on sent une tuméfaction élastique.

Au bout de 4 à 8 jours, la consistance devient dure et ligueuse et la tête de l'épididyme fait reconnaître un noyau du volume d'une petite noisette, bosselée et encore un peu douloureuse à la pression. Traitement : une cuillerée de sirop de Gibert matin et soir ; à midi 1 gr. de KI ; repos au lit.

C'est à la fin de novembre 1881, c'est-à-dire 18 mois après le début de l'accident primitif, que l'épididymite aiguë survient et c'est à ce moment-là que le malade vint consulter M. le docteur Reclus.

L'examen montre que l'épididyme gauche a déjà diminué de volume ; on lui fait prendre 4 gr. de KI par jour.

Vers le 10 décembre, quand le malade revient, l'épididyme a repris son aspect normal, le nodule a disparu.

Au mois de janvier 1882, c'est-à-dire presque au même moment où l'affection de l'épididyme disparaît, on voit, au niveau de la joue gauche, une tuméfaction apparaître sous la peau, de la grosseur d'un haricot. Le noyau glisse facilement sous la peau, qui ne lui est pas adhérente ; il est indolent et à son niveau la peau est saine.

Il présente tous les caractères de la gomme.

Traitement : Sirop de Gibert, 2 cuillerées. KI 4 gr.

Depuis cette époque, aucun accident n'est survenu. Le sirop de Gibert et KI ont été plusieurs fois repris et interrompus.

Cette observation, ajoute Pascalis, démontre l'acuité de la lésion épididymaire et aussi son temps d'évolution prouve que nous avons affaire à un accident tertiaire, puisque la maladie est survenue avec une gomme à la joue.

OBSERVATION XX

Observation II de la thèse de Pascalis (1884).

ÉPIDIDYMITITE DROITE. — FORME AIGÜE. — ORCHITE GAUCHE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — PAS D'ANTÉCÉDENTS SYPHILITQUES. — GUÉRISON RAPIDE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — NOYAU D'INDURATION DANS LA QUEUE DE L'ÉPIDIDYME.

Le nommé B... (Louis), âgé de 40 ans, terrassier, entre, le 18 décembre 1883, dans le service de M. le professeur Guyon, à Necker.

En 1886, à la suite d'un coup sur le testicule gauche, qui lui a fait perdre connaissance et a déterminé la production d'une hématocele pariétale, ce malade est resté au lit pendant six semaines, avec de la fièvre, des douleurs vives et des élancements dans le testicule gauche. Au bout de ce temps les douleurs se sont calmées et les bourses ont commencé à diminuer de volume, rendant alors appréciable la tuméfaction du testicule gauche, qui est resté sujet à des exacerbations douloureuses « au moment des changements de temps », dit le malade.

En 1880, il a contracté sa première blennorrhagie, à la suite de laquelle il a gardé, pendant deux ans, une goutte militaire, aujourd'hui disparue. Pendant cette période, il a souffert à plusieurs reprises du testicule gauche, qui est encore un peu augmenté de volume.

Il y a deux mois, sans cause connue, l'épididyme droit est devenu douloureux spontanément et surtout pendant la marche et à la pression ; il a augmenté assez rapidement de volume et la douleur s'est propagée le long du cordon jusqu'à l'aîne ; au bout de quelques jours, ces symptômes allèrent en augmentant et le malade se décida à entrer à l'hôpital, après avoir beaucoup marché jusqu'au dernier jour.

A son entrée on constate une épididymite aiguë du côté droit ; sensibilité vive à la pression dans l'épididyme, qui est très augmenté de volume et uniformément dur sans bosselures. Cette induration et cette sensibilité se retrouvent sur le trajet du canal déférent, jusqu'à l'aîne ; le testicule de ce côté est de

volume et de consistance normale ; il n'y a pas de liquide dans la vaginale. Du côté gauche on trouve un testicule deux fois et demie plus gros que du côté opposé, du volume d'un gros œuf et très dur, comme cartilagineux ; sa consistance est partout la même et sa surface parfaitement lisse ; la pression y réveille la sensibilité testiculaire normale. L'épididyme est normal et il n'y a pas non plus d'hydrocèle appréciable de ce côté.

La prostate et les vésicules séminales sont absolument saines ; l'explorateur à boule ne permet de reconnaître aucune trace de suintement pathologique de l'urèthre antérieur ni postérieur ; enfin, l'interrogatoire ne fait relever aucun antécédent spécifique, ni enrouement prolongé, ni taches sur le corps, ni maux de tête, ni douleurs ostéocopes, etc. Le malade ne présente aucune trace actuelle de syphilis.

M. Guyon porte, par exclusion, sans l'affirmer, le diagnostic de lésion syphilitique et donne KI, porté à 4 gr. en 24 heures, en quatre fois, dès le troisième jour. Le malade ne présente aucun symptôme d'intolérance et, au bout de trois jours de traitement, l'épididyme était indolent et le testicule notablement plus souple.

Cette amélioration a rapidement progressé, et quand le malade a voulu quitter l'hôpital, après dix jours de traitement, la marche ne réveillait plus aucune douleur, même sans suspensoir ; le testicule gauche, de consistance normale, était seulement un peu plus gros que celui du côté opposé et la seule trace de l'affection épididymaire droite était un noyau induré, d'un centimètre de diamètre environ, au niveau de la queue de l'épididyme, qui était encore un peu sensible à la pression.

Cette observation se rapproche beaucoup de celles que nous avons rapportées plus haut et qui nous sont personnelles. Elle est intéressante à deux points de vue : d'abord l'absence complète de tout antécédent syphilitique d'un côté, et d'autre part la résolution rapide de l'affection sous l'influence du traitement par l'iodure, semblent contradictoires ; et cependant, comme M. le Professeur Guyon l'a pensé, il est possible, il est probable même que la lésion

de l'épididyme était syphilitique; ce serait un de ces cas relativement fréquents où la syphilis, qui n'a donné lieu à aucun accident primaire ni secondaire, se révèle d'emblée par un accident tertiaire. En second lieu le testicule a subi une violence extérieure, qui a pu créer en lui un *locus minoris resistentiæ*. Troisièmement, le malade a eu une blennorrhagie, autre cause prédisposante, à notre avis, de la localisation de la syphilis à l'épididyme.

OBSERVATION XXI

Observation IV de la thèse de Pascalis, 1884.

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME AIGÜE. — RÉCIDIVE. — GUÉRISON COMPLÈTE PAR LE TRAITEMENT.

M. X..., âgé de 30 ans, d'une bonne santé habituelle, contracte un chancre induré vers la fin du mois de mars 1879, 37 jours après le coït avec la femme malade.

Roséole, 15 jours ou 3 semaines après; puis, 2 mois après le chancre, plaques muqueuses buccales, qui se firent par poussées successives et qui durèrent jusque vers le mois d'avril ou mai 1882.

Vers le milieu du mois d'août 1882, c'est-à-dire deux ans et demi après l'accident primitif, le malade ressent tout à coup une douleur au niveau de la bourse droite. Cette douleur est spontanée et exagérée par la moindre pression. La marche est impossible.

On donne 4 gr. de KI à prendre dans les 24 heures et, au bout de 10 jours de repos au lit, la douleur a complètement disparu. Il persiste un noyau, au niveau de la tête de l'épididyme et qui tend à se résorber.

Dans l'espace de temps qui s'écoule du mois d'août au mois d'octobre 1882, le malade ne présente pas d'accidents syphilitiques. Vers la fin du mois d'octobre de la même année, à la suite de fatigues et de marches, on voit apparaître une arthrite aigüe droite, avec un peu d'épanchement. La crête du tibia

gauche présente une exostose assez marquée. En même temps, l'épididymite aiguë droite récidive, avec les mêmes douleurs aiguës et lancinantes qu'à la première atteinte.

Traitement : Repos, 10 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 4 gr. de KI dans les 24 heures.

Au bout de 15 jours, tout a disparu. Depuis cette époque on a prescrit à diversees reprises KI et aucun accident syphilitique n'est reparu.

OBSERVATION XXII

Observation IX de la thèse de Pascalis, 1884.

Mentionnée dans les cliniques et critiques chirurgicales de M. Reclus, 1884

EPIDIDYMITÉ DROITE.

FORME CHRONIQUE. — PAS DE BLENNORRHAGIE. — GUÉRISON COMPLÈTE.

M. X..., il y a 12 ou 13 ans, prit un chancre induré diagnostiqué par M. Fournier. A la suite, il eut une roséole, des plaques muqueuses buccales et après dix mois de traitement, aucun accident ne survient. Le malade est porteur d'une double varicocèle, volumineuse surtout à droite.

Au mois d'avril 1882, c'est-à-dire onze ans après l'accident primitif, le malade, très attentif et très soigneux, s'aperçut que sa bourse droite se tuméfiait. Il put sentir une tumeur allongée, en arrière de la glande, tumeur qu'il comparait à une amande surajoutée au testicule ; mais comme il n'existait pas de douleur, le malade ne s'en inquiéta pas. Les fonctions génésiques étaient conservées.

Ce n'est qu'un an après, le 25 mars 1883, qu'il consulta pour la première fois M. le Dr Reclus. En l'examinant, on trouva le testicule, la prostate et le cordon sains, l'épididyme droit, doublé de volume, présente à sa partie supérieure un noyau de la grosseur d'une noisette ; il est absolument indolore, même à la pression, dur, inégal et des bosselures semblables à des grains de plomb se rencontrent aussi à la queue de l'épididyme.

Le 3 avril, huit jours après, le malade vient nous revoir. Il avait pris par jour 4 grammes de KI ; l'amélioration est consi-

dérable : les lésions de la queue de l'épididyme ont disparu ; le tissu en est souple ; au niveau de la tête il reste deux ou trois petits noyaux, semblables à des pois, fort durs encore mais indépendants les uns des autres.

Le 29 avril, l'épididyme eût été complètement normal, n'était un petit nœud dans le globus major.

Le 27 mai, quand le malade nous fit sa dernière visite, cette dureté anormale avait disparu, bien que l'emploi de KI fût suspendu depuis plus de quinze jours.

OBSERVATION XXIII

Observation de Pinner. — Communiquée par Maas.

ÉPIDIDYMYTE UNILATÉRALE. — VAGINALITE. — GUÉRISON COMPLÈTE

Homme de 26 ans. Bonne santé habituelle.

Marié. — Pas d'enfants.

Consulte Maas pour une hydrocèle assez dure. Pas de douleurs, sauf quelques sensations de pesanteur due au volume assez considérable de la tumeur (grosueur du poing). On peut établir l'existence certaine d'une vérole antérieure. Pas d'augmentation appréciable du testicule. L'épididyme est irrégulièrement mamelonné et noueux.

KI. — Guérison complète.

Le malade a eu depuis un enfant sain.

M. Cuilleret s'étonne que Pinner, donnant de l'épididymite une description à peu près conforme à celle de M. Dron, puisse faire figurer ces deux dernières observations et surtout la seconde. Mais nous trouvons, au contraire, qu'il n'y a rien là que de très naturel. M. Dron dans son *Mémoire*.. nous dit que l'épididymite syphilitique est surtout un accident secondaire, évoluant d'ordinaire entre le 3^e et le 5^e mois de la maladie. Il nous

cite d'autres observations où la lésion épididymaire est franchement tertiaire. Rappelons une fois de plus que le titre primitif qu'il lui avait donné était : Epididyme syphilitique. Ce sont ses successeurs qui n'ont voulu voir dans son mémoire que la description de l'épididymite secondaire.

OBSERVATION XXIV

Mémoire de O. Pinner, 1884.

ÉPIDIDYMITE UNILATÉRALE. — FORME SURAIGÜE. — GUÉRISON COMPLÈTE
PAR LE TRAITEMENT IODURÉ

Homme âgé de 36 ans.

Syphilis antérieure. Depuis de longues années déjà il n'a pas eu d'accidents. Il constata dans son testicule l'apparition d'une petite tumeur assez bien circonscrite. Cette tumeur s'accompagna d'abord de douleurs insignifiantes. Mais bientôt ces douleurs arrivent à un paroxysme tel, que des injections de morphine seules sont capables de lui procurer un peu de repos.

Maas voit le malade quelques jours après et constate une tuméfaction constituée par des noyaux irréguliers comme forme et dimensions, situés à la queue de l'épididyme. Les violentes douleurs dont était atteint le malade avaient déjà nécessité tant d'injections de morphine que toute une cuisse était comme semée de piqûres d'épingles.

Guérison par KI.

OBSERVATION XXV

Observation tirée du mémoire de O. Pinner, 1884.

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME CHRONIQUE. — VAGINALITE. — GUÉRISON
PAR LE TRAITEMENT. — RELIQUAT D'UN NOYAU DUR DANS LA TÊTE
DE L'ÉPIDIDYME.

Homme de 30 ans. Constitution robuste.

En 1878, chancre induré, suivi de roséole.

Il ne semble pas avoir présenté d'autres manifestations syphilitiques. Depuis le commencement de janvier de cette année (1884), il a remarqué dans la bourse droite une petite tumeur qui grossit peu à peu, avec une légère sensation de pesanteur et quelques tiraillements un peu douloureux dans la direction du cordon. Ces derniers symptômes se montraient principalement à la suite d'une marche ou de la station debout prolongées. Jamais son travail n'en fut gêné.

Le malade n'a présenté d'écoulement urétral à aucun moment de son existence.

État actuel (2 mars 1884). On sent que la moitié droite du scrotum est occupée par une tumeur de la grosseur d'une poire et qui est démontrée être une hydrocèle. Le liquide est d'ailleurs peu abondant, il y a peu de tension et on peut explorer suffisamment le testicule et son épидидyme. Ce dernier est augmenté de volume dans toute sa longueur; l'augmentation de volume est surtout marquée au niveau de la tête de l'organe et bien moins prononcée au niveau de la queue ou du corps de l'épididyme. A sa surface on trouve des inégalités constituées par de petits noyaux de consistance ferme et peu sensibles même à une pression forte. Le canal déférent n'est pas atteint. Le testicule a ses caractères normaux et se laisse facilement séparer de son épидидyme.

A la partie supérieure du gland, au niveau du sillon de la couronne, se voit une cicatrice encore nettement fibreuse.

Les ganglions inguinaux, particulièrement à gauche, et ceux de la nuque des deux côtés sont volumineux.

Le KI fit disparaître l'épanchement de la vaginale et l'aspect mamelonné de l'épididyme s'effaça. Toutefois, au milieu d'avril, il persistait encore dans la tête de cet organe une induration ferme, de la grosseur d'un petit pois.

OBSERVATION XXVI

Syphilis héréditaire et Syphilis tertiaire. Mauriac, 90.

SCLÉROSE DE L'ÉPIDIDYME DU CÔTÉ DROIT & DES DEUX CORPS CAVERNEUX, SURVENUE A LA HUITIÈME ANNÉE D'UNE SYPHILIS PEU GRAVE DANS SES PREMIÈRES MANIFESTATIONS. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — AMÉLIORATION, MAIS GUÉRISON INCOMPLÈTE. — FORME CHRONIQUE.

Huit ans après le début d'une syphilis à manifestations secondaires superficielles et bénignes, soignée à l'Hôpital du Midi par les frictions mercurielles, M. X... éprouva, à l'âge de 34 ans, et sans avoir eu aucun accident spécifique depuis six années, des douleurs dans tous les membres ; puis il s'aperçut que son testicule droit se tuméfiait, bien qu'il ne fût point affecté à ce moment-là de blennorrhagie. Au bout de deux mois, la verge, elle aussi, fut prise, devint douloureuse et commença à s'incurver en haut pendant les érections. Les choses en étaient là quand je vis le malade. Je constatai que toute la surface supérieure des corps caverneux, des deux côtés, était parsemée de nodosités et de plaques dures et indolentes à la pression. C'était une sclérose typique, avec une incurvation très prononcée de la verge en haut, qui ne rendait pas encore le coït impossible.

L'épididyme seul du côté droit était induré comme après une orchio-épididymite blennorrhagique, quoique le malade n'ait pas eu de blennorrhagie depuis 9 ans.

Je fis prendre à cet homme de l'iodure à haute dose et du sublimé. Au bout de dix jours les tumeurs scléreuses du corps caverneux avaient un peu diminué ; aucun changement du côté de l'épididyme. Au bout d'un mois les petits noyaux disséminés dans les corps caverneux ne se sentaient plus, mais deux larges plaques scléreuses persistaient encore et la verge s'incurvait

toujours en haut pendant les érections. L'épididyme droit n'était pas aussi volumineux et se séparait peu à peu du testicule.

Voilà tous les résultats que je parvins à obtenir. Six mois après, les choses étaient dans le même état. Huit mois après, l'épididyme droit était encore sclérosé. Deux plaques fibreuses symétriques restaient toujours dans les corps caverneux, en avant, derrière le gland. Pendant l'érection, la verge décrivait une courbe à concavité supérieure.

L'affection était indolente, comme tout-à-fait au début, et elle avait diminué à peu près de moitié. Mais depuis des mois elle restait stationnaire et au bout d'un an de traitement elle n'était point guérie.

Dans cette observation l'affection syphilitique de l'épididyme, loin d'être précoce, comme c'est l'ordinaire, n'apparut qu'à la huitième année de la syphilis. Elle était donc tertiaire par sa date. Néanmoins, le syphilome unilatéral qui la constituait se comporta à peu près comme ceux qui surviennent au début de l'affection ; il ne subit point la fonte nécrobiotique et ne s'ulcéra pas. Seulement, il se montra très réfractaire au traitement. La sclérose était devenue sans doute définitive. Et il est probable que le noyau n'a jamais complètement disparu.

OBSERVATION XXVII

Syphilis héréditaire et syphilis tertiaire. — Mauriac, 90.

TUMEUR DES DEUX ÉPIDIDYMES SURVENUE SPONTANÉMENT A LA DEUXIÈME ANNÉE RÉVOLUE DE LA SYPHILIS ET COMME SEULE MANIFESTATION, 10 MOIS APRÈS LES DERNIERS ACCIDENTS CONSÉCUTIFS. — PAS DE BLENNORRHAGIE. — GUÉRISON LENTE SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT MIXTE.

M. X..., 25 ans, avait contracté la syphilis deux ans juste avant de venir me consulter. Chancre et blennorrhagie légère qui ne

dura que 15 jours. Roséole. Plaques muqueuses. Traitement régulier. Au bout d'un an, iritis.

Depuis 10 mois, il n'avait eu aucune manifestation et se croyait guéri, lorsqu'il constata par hasard l'existence d'une tumeur indolente dans chaque épидидyme. Il n'éprouvait là d'autre sensation qu'une douleur sourde, quand il avait beaucoup marché.

Les deux tumeurs augmentèrent peu à peu. Au bout de deux mois, elles avaient la grosseur d'une noisette, étaient ovalaires, situées en haut du testicule et sans aucune adhérence avec lui, ni avec la tunique vaginale, un peu dures et inégales à leur surface, douloureuses à la pression, mais pas spontanément. Testicules intacts. Aucune autre manifestation spécifique. — Traitement mixte. Cette affection fut assez longue à guérir. Il n'existait aucune trace de blennorrhagie ancienne ou récente.

OBSERVATION XXVIII

Un cas d'épididymite syphilitique tardive, signalée par le professeur J. D. Thomas. Pennsylvania — Medical college.

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME CHRONIQUE. — PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — LE TRAITEMENT IODURÉ AMÈNE LA GUÉRISON, EN LAISSANT TOUTEFOIS SUBSISTER UN PETIT NOYAU D'INDURATION SCLÉREUSE.

Comme les affections syphilitiques tardives de l'épididyme, indépendantes de celles du testicule, ne se rencontrent que rarement, et ne sont même pas mentionnées dans les ouvrages se rapportant à la syphilis, je prends plaisir à rapporter le cas suivant qui s'est présenté dans mon service le 1^{er} février de cette année.

M. J. M., âgé de 32 ans, homme intelligent et d'apparence robuste, né dans le pays de Galles, avait toujours joui d'une bonne santé générale. Il entra dans la marine anglaise à 30 ans, y resta 7 ans, et a depuis cette époque beaucoup voyagé. Il est incapable, par suite de sa longue absence, de donner des renseignements bien précis sur ses antécédents héréditaires. Il sait seulement que son père mourut d'une maladie chronique de la poitrine. Depuis qu'il a quitté la marine, il a embrassé la profession de mécanicien. Deux

ans avant de quitter la marine, il contracta un chancre qui fut suivi d'accidents secondaires. Il fut soigné par le chirurgien du bord pendant une période de 8 mois, prenant, dit-il, du mercure et de la potasse. Pendant les 3 ans qui suivirent la lésion initiale, il eut par-ci par-là des plaques muqueuses dans la bouche. Il y a 3 ans, une ulcération apparut à la partie antéro-interne de la jambe gauche, environ au niveau du tiers moyen. Il consulta à Cleveland un médecin qui diagnostiqua de l'eczéma et prescrivit une pommade à base de zinc. Comme la pommade ne fit qu'aggraver le mal, le malade s'en fatigua et eut recours à des médicaments appropriés, dont, dit-il, il consumma de grandes quantités. L'ulcération cependant continua à s'accroître, et ne se cicatrisa pas pendant 2 ans. Elle se fit cependant à la suite de l'emploi d'une pommade anodine. La cicatrice qui en résulte est irrégulière, de forme ovale, et mesure de 2 à 2 cm 1/2. Le centre de cette cicatrice commence à devenir blanc.

Il y six mois, il remarque une augmentation de volume de la partie droite du scrotum, mais comme elle était indolore et ne l'avait pas troublé auparavant, il y prêta peu d'attention jusqu'au moment où il s'aperçut que l'affection ne cessait d'augmenter; il consulta alors plusieurs médecins. Comme le traitement n'avait rien produit contre cette affection, il craignit qu'elle n'eut un caractère grave et il s'arrangea de façon à pouvoir entrer à l'hôpital dans le but de se faire enlever le testicule.

En l'examinant, je trouvai deux tumeurs, dont l'une aussi grosse qu'une noisette d'Angleterre, et l'autre comme un pois. Elles occupaient la région du globus major de l'épididyme droit, mais étaient très nettement distinctes du testicule. Ces deux tumeurs étaient voisines l'une de l'autre, mais paraissent distinctes; elles avaient un contour arrondi; elles étaient molles et la pression n'y causait aucune douleur.

Le côté gauche du scrotum était normal.

La seule question que je me posai fut la suivante : Est-ce un testicule syphilitique ou tuberculeux ? L'épididyme est un lieu d'élection de la tuberculose, mais on y observe très rarement des manifestations syphilitiques éloignées. Il y avait des antécédents syphilitiques certains et des antécédents tuberculeux douteux. Le malade, cependant, ne présentait aucun signe permettant d'attribuer à cette affection une nature tuberculeuse.

Je dissuadais le malade de la castration, et réussis à lui faire accepter de profiter du doute que la médication devait trancher avant peu lui promettant que si aucune amélioration n'avait lieu, je lui enlèverai le testicule.

Le malade prit prit 10 gouttes 3 fois par jour d'une solution concentrée d'iodure de potassium, la dose devant être augmentée d'une goutte les jours suivants. Localement j'ajoutais des frictions avec une pommade mercurielle. Pour ne pas être fastidieux, je ne mentionnerai que des extraits relevés çà et là dans les notes que je pris à ce sujet.

28 février. — La grosse tumeur a diminué de moitié; la petite est à peine perceptible. Le malade prend à présent 40 grains (2 grammes environ) d'iodure 3 fois par jour, et on l'engage à ne pas diminuer la dose; on l'empêche également de l'augmenter.

7 mars. — L'amélioration continue; le gonflement n'est plus perceptible par la vue seule.

11 mai. — Au toucher la tumeur est réduite à un petit nodule.

7 juin. — Une palpation méthodique révèle une induration de forme allongée. Le malade prend encore 40 grains d'iodure 3 fois par jour, et désire continuer la dose, disant que par le seul usage du médicament, il se trouve très bien. On l'engage néanmoins à la diminuer.

L'amélioration survenue à la suite de l'emploi de l'iodure fut si marquée et si prompte que le diagnostic cessa de rester douteux. La diminution de la tumeur fut d'abord rapide, ensuite plus lente, jusqu'à ce qu'enfin il ne restât plus qu'une petite induration. Selon toute probabilité cette petite induration ne disparaîtra jamais, parce que vraisemblablement elle est de nature fibreuse, le contenu de la gomme ayant été complètement résorbé.

Je crois qu'on sacrifie souvent trop facilement des testicules. Lorsqu'on est indicis, il est juste que le patient bénéficie du doute. Dans le cas présent, l'affection simulait la tuberculose et le malade désirait qu'on lui enlevât sa glande. Ajoutez à cela qu'il y avait des antécédents héréditaires de tuberculose. Le désir que nous avons d'opérer nous égare souvent.

Pittsburg, 8 juin 1891.

Journ. of. cut. and ven. Diseases, p. 295.

OBSERVATION XXIX

Observation I d'Allen, tirée, ainsi que les huit observations suivantes, de l'article d'ALLEN : Syphilis de l'épididyme : Journal américain des sciences médicales, avril 1894.

ÉPIDIDYMITE DOUBLE. — FORME CHRONIQUE. — PAS DE BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. - TRAITEMENT IODURÉ ET GUÉRISON

F. J. fut admis à l'hôpital de la Cité, le 29 décembre 1891, avec une épididymite bilatérale. Le côté gauche était moins induré que le droit ; les testicules étaient mous et normaux. Le malade avait contracté la syphilis huit ans auparavant. Pas de blennorrhagie, pas de tuberculose. Quand j'entrai en fonctions le 1^{er} janvier 1892, je trouvai l'épididyme augmenté de volume des deux côtés, d'une consistance assez molle et le cordon légèrement induré. Les globes du testicule paraissaient normaux au toucher ; leur sensibilité n'avait point varié. Il n'y avait alors aucune autre manifestation de syphilis. On donna de l'iodure, en augmentant la dose, jusqu'au point de tolérance ; le malade restait au lit.

Le 22 janvier, il fut renvoyé guéri. L'histoire de ce cas, tel qu'il est inscrit sur le livre de l'hôpital, est, j'ai le regret de le dire, quelque peu maigre. Il ne s'en suit pas nécessairement qu'une épididymite qui évolue chez un malade, qui ne présente point trace de blennorrhagie ou d'autres maladies de l'urèthre, mais qui a une histoire plus ou moins précise d'infection syphilitique, soit pour cette raison sûrement spécifique. Mais dans les cas suivants, le diagnostic de l'épididymite syphilitique fut nettement confirmé pour l'amélioration prompte et marquée sous l'influence de l'iodure de potassium et à la suite du traitement local de frictions mercurielles.

OBSERVATION XXX

Observation II d'Allen

ÉPIDIDYMITE DOUBLE. — FORME CHRONIQUE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — TRAITEMENT MIXTE. — AMÉLIORATION RAPIDE.

J. W..., âgé de 31 ans, fut admis le 11 décembre 1891. Le malade dit avoir contracté la syphilis il y a dix ans, et il présente actuellement une éruption syphilitique sur la peau. Il a eu une seule blennorrhagie, il y a huit ans, sans complications. Il y a un an, les deux testicules gonflèrent, dit le malade, et restèrent ainsi pendant six semaines. Ce gonflement ne parut jamais disparaître complètement et augmentait particulièrement après le coït. Le gonflement actuel commença il y a trois mois, et a été constamment indolent; mais il produit une sensation de tiraillement sur les bourses. L'examen montre que le gonflement se localisait aux deux épидидymes, qui étaient allongés et indurés. Le traitement par les doses croissantes d'iodure de potassium et de friction à l'onguent mercuriel sur le scrotum, réussit si bien que, le 22 janvier 1892, le malade fut renvoyé sur sa propre demande, quoi qu'il y eut encore un léger gonflement.

OBSERVATION XXXI

Observation III d'Allen

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME CHRONIQUE, GOMMEUSE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE PROBABLE. — AMÉLIORATION RAPIDE PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

M. J..., âgé de 50 ans, homme fort et d'apparence robuste, fut admis le 14 janvier 1893. Il y a deux ans, j'avais pratiqué sur lui une uréthrotomie périnéale, pour le soulager d'un rétrécissement très étroit de l'urèthre postérieur. La guérison avait été

prompte, et, depuis lors, il était resté bien portant, sans aucun signe de rétrécissement. Le malade avait contracté la syphilis, il y a dix ans. Environ deux mois avant de venir à l'hôpital, et une semaine après un léger traumatisme du testicule droit, survenu en grim pant par dessus une cloison qui séparait deux chambres (le malade m'assure qu'il n'y avait pas de femme de l'autre côté), on remarque un gonflement, souple et douloureux, nécessitant un repos au lit pendant quelques jours. L'examen révéla une tumeur scrotale, deux fois grosse comme le testicule normal, que l'on mit sur le compte de l'épididyme seul. La queue (globus minor) était confondue avec le tissu conjonctif et adhérait à la peau du scrotum. La peau, qui recouvrait cette masse dure et résistante, devint graduellement violacée, et finalement s'ulcéra et livra passage à un pus léger, liquide comme de l'eau, par un petit pertuis qui, pendant plusieurs semaines, joua le rôle d'une fistule de suppuration. On trouva la tumeur de l'épididyme si irrégulière, si pleine de noyaux, lorsque la tuméfaction du scrotum diminuait; elle provoquait si peu de gêne et une absence si complète de douleur, qu'aussitôt on pensa se trouver en présence d'une tuberculose de l'organe. La formation fistuleuse consécutive ne fit que confirmer cette opinion. Cependant, à cause des antécédents, on pensa qu'on pouvait avoir affaire à un cas d'épididymite spécifique, le traumatisme agissant simplement comme cause prédisposante du développement de cette manifestation locale de la syphilis. En conséquence, on prescrivit, dès le début, du protoiodure de mercure; mais bientôt les symptômes de la stomatite apparurent et l'iodure de potassium lui fut substitué, en augmentant graduellement la dose, jusqu'à donner plus d'un drachme trois fois par jour. Ce traitement parut agir sûrement en mettant promptement fin au ramollissement de l'infiltration scrotale, et en produisant une diminution graduelle de la suppuration, et des dimensions de la tumeur épididymaire. Au bout d'un certain temps une éruption iodique se développa aux extrémités, prenant la forme d'un érythème noueux, avec des plaques qui variaient comme dimensions entre une pièce de un franc et une pièce de cinq francs.

L'iodure fut en conséquence diminué, donné dans du lait, et on prescrivit de la belladone. De cette façon on put donner une dose modérée du médicament jusqu'à la fin de mars, dose qui s'élève à 30 grains (1 gr. 50) par jour. L'amélioration avait été rapide et marquée. On fit ensuite donner journellement des

bains de siège chauds, suivis du massage de l'épididyme et des tissus auxquels il était relié, et on continua jusqu'à ce que le malade fût renvoyé guéri, le 2 avril. La fistule s'était fermée ; l'épididyme (qui ne présentait plus à ce moment d'infiltration) avait presque repris son volume normal et son contour régulier (la peau du scrotum était saine en apparence) et il ne restait plus qu'une bride fibreuse, semblable à un cordon, s'étendant de la région de la queue de l'épididyme au tissu conjonctif sous-cutané.

OBSERVATION XXXII

Observation IV d'Allen

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME CHRONIQUE. — AMÉLIORATION RAPIDE
PAR LE TRAITEMENT IODURÉ

M. D..., Italien, âgé de 40 ans, fut admis à l'hôpital le 3 janvier 1893. Le malade dit avoir eu la syphilis et des manifestations secondaires. Quelques mois auparavant il eut une hydrocèle du côté gauche, qu'on opéra.

Peu après, le côté droit augmenta de volume, et le malade, faisant son propre diagnostic, crut être atteint de la même affection et résolut d'être son propre docteur. Il essaya en conséquence de faire une ouverture avec une épingle pour faire écouler l'eau. L'opération ne réussit pas et il demanda un traitement. L'examen montra l'épididyme droit très augmenté de volume, et présentant une tumeur non douloureuse, ferme et dure, sans liquide dans la tunique vaginale. Le malade fut mis au lit, avec le scrotum soutenu ; on appliqua dessus un pansement mercuriel qu'on maintint constamment, et on lui donna de l'iodure de potassium, dont on augmentait graduellement la dose.

Le 12 janvier, le malade fut renvoyé, très amélioré, et le diagnostic de syphilis de l'épididyme parut être confirmé par la disparition rapide de la tumeur, sous l'influence du traitement spécifique.

OBSERVATION XXXIII

Obs. V d'Allen

ÉPIDIDYMITÉ GAUCHE. — FORME CHRONIQUE GOMMEUSE. — AMÉLIORATION RAPIDE SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT IODURÉ.

F. A., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital le 7 février, s'attendant à ce qu'on lui enlève le testicule gauche. Son médecin de ville lui avait dit qu'il lui faudrait subir une opération. Le chirurgien de l'hôpital, lorsqu'on enlevait les vêtements du malade dès ma première visite, dit : « je suppose qu'il n'y a qu'une chose à faire en ce cas. » Il avait déjà proposé la castration et le malade y aurait consenti, au cas où j'aurais dit que c'était nécessaire. C'était un cas de gomme, englobant le scrotum et les parties plus profondes. Si je mentionne les circonstances précédentes, c'est pour donner une idée du processus destructif que l'on avait déjà remarqué, et des apparences présentées par la tumeur qui menaçait de faire des dommages encore plus considérables.

Le malade dit avoir eu, neuf ans auparavant, une syphilis qui ne fut traitée que pendant peu de temps et principalement avec de l'iodure de potassium, que le malade se prescrivait souvent lui-même. Il n'y avait eu aucun symptôme de la maladie pendant six ou sept ans. Il y a un an, le testicule gauche commença à gonfler ; mais cette tuméfaction était indolente, et comme elle ne causait aucun ennui, rien ne fut fait jusqu'à il y a un mois, quand la partie la plus basse du sac scrotal sembla grossir rapidement, et finalement se transforma en fistule purulente. Le malade suivit alors un traitement, mais l'augmentation de la tumeur et l'extension de l'ulcération, amenèrent, d'après lui, son médecin à lui conseiller de venir se soigner à l'hôpital ; car il pensait l'ablation de la tumeur nécessaire.

A l'examen du contenu du scrotum, on trouva la queue de l'épididyme, grosse, ferme, et nettement reliée à travers le tissu conjonctif, à une ulcération profonde, d'apparence certainement gommeuse. La tête et le corps de l'organe formaient une masse,

semblable à un tissu épais de cartilage, d'un diamètre de plus de cinq centimètres ; ils se séparaient nettement du testicule, qui paraissait souple, et normal au toucher. La masse adhérente du tissu, qui suppurait lentement, et qui formait le fond de l'ulcère, fut gratté avec la cuiller de Volkmann, et entourée de gaze au bichlorure.

L'iodure de potassium fut donné journellement à la dose de 45 grains (2 grammes 25 centig.) graduellement augmentée, si bien que le 22 février, le malade consommait 3 drachmes.

Le 3 mars, l'ulcère avait cédé à ce traitement, combiné avec des frictions mercurielles locales, sur plus de la moitié de son étendue, tandis que l'épididyme était nettement plus petit dans toutes ses régions, revenu à un quart environ de ses dimensions primitives ; mais sa dureté cartilagineuse avait persisté.

16 mars. — Le tissu qui unit les parties externes aux parties plus profondes est beaucoup moins ferme, et la masse extérieure ne peut pas être séparée de la queue volumineuse et dure de l'épididyme. La diminution de volume du globus minor avait été plus rapide que celle du globus major.

24 mars. — L'ulcère est presque guéri, et l'infiltration dure qui l'entourait a beaucoup diminué. On diminua graduellement l'iodure, qu'on avait donné pendant plusieurs jours à la dose de trois cents grains (?) par jour à cause d'une légère éruption iodique de la face. On prescrivit journellement des bains de siège chauds, suivis de ce genre de massage, connu sous le nom de pétrissage (?) massage combiné à la pression de l'organe, dans le but d'encourager l'absorption lymphatique. Ceci était fait, pendant vingt minutes, matin et soir, dans le but de hâter la régression de la tumeur.

14 avril. — Testicule mou ; le globus major paraît encore ferme ; la tumeur ne présente plus qu'un sixième de la dimension qu'elle avait lors de l'admission du malade. L'ulcère est guéri. Le malade est renvoyé, mais on lui conseille de continuer l'iodure, jusqu'à ce que toute infiltration disparaisse.

OBSERVATION XXXIV

Obs. VI d'Allen

ÉPIDIDYMYTE DROITE. — FORME SUBAIGUË. — AMÉLIORATION SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT IODURÉ ET DES FRICTIONS MERCURIELLES LOCALES.

J'ai eu l'occasion d'observer, le 1^{er} mars, le nommé H. N..., âgé de 34 ans. Il dit avoir contracté la syphilis cinq ans auparavant, et n'avoir suivi de traitement que pendant 3 semaines. Pas de blennorrhagie depuis 6 ou 7 ans. Le malade affirme que son testicule droit enfla après un refroidissement, il y a environ un mois. Il n'avait jamais eu de gonflement antérieur, et il n'avait eu aucune maladie du côté de l'urèthre. Jusqu'à il y a 4 jours, ce grossissement fut indolent ; depuis lors il ressent des douleurs vagues. A l'examen de l'épididyme, on le trouve augmenté de volume surtout au niveau du globus major, dépressible, dur, mais pas tendu à la pression. La queue est épaissie, le corps, au contraire, est peu augmenté de volume. Le testicule est mou, et bien peu augmenté de volume, comparativement à celui resté sain. Traitement par frictions et iodure à l'intérieur, à la dose de 10 grains, dose qu'on augmente graduellement.

24 mars. — Le malade prend à l'heure actuelle 20 grains d'iodure de potassium (1 gramme) 3 fois par jour. L'épididyme est diminué de volume, mais encore dur et gros. Le testicule paraît plus gros que primitivement, quoique mou au palper. La tumeur tout entière diminue cependant de volume. J'ordonne trois fois par jour des bains de siège chauds et du massage.

7 avril. — L'épididyme a beaucoup diminué de volume depuis le dernier traitement, auquel on a ajouté l'iodure, que l'on donne maintenant par drachme.

Le malade fut renvoyé le 20 avril pour insubordination, et à cette date il n'y avait presque plus de traces de l'infiltration.

OBSERVATION XXXV

Observation VII d'Allen

ÉPIDIDYMITE GAUCHE. — FORME SUBAIGUË. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — ORCHITE CONCOMITANTE. — LE TRAITEMENT IODURÉ A D'ABORD RAISON DE L'ORCHITE, PUIS DE L'ÉPIDIDYMITE.

H. B..., âgé de 43 ans, vu pour la première fois le 25 février. Sa dernière blennorrhagie remonte à dix ans, et depuis il n'a eu aucune affection du côté de l'urèthre. Il contracta la syphilis il y a dix ans. Il y a six semaines, le testicule gauche commença à augmenter graduellement de volume; ce gonflement fut d'abord indolent; il devint douloureux dans la suite, parce que le malade avait marché beaucoup. A l'examen, on trouve le testicule lisse, ferme, insensible à la pression. L'épididyme est distinct et peu augmenté de volume.

Traitement: Iodure de potassium à doses progressives.

10 mars. — Le malade qui prenait 2 drachmes d'ioduré par jour, a eu une éruption toxique sur la face et sur le dos des mains, ressemblant beaucoup à de l'urticaire. J'ordonne qu'on diminue la dose, et je l'associe à la belladone.

24 mars. — A la dose de 40 grains, une éruption a reparu; j'ordonne de diminuer rapidement la dose.

1^{er} avril. — L'épididyme est nettement augmenté de volume, le testicule, au contraire, est souple, mou et a considérablement diminué.

Le 15 avril. — L'épididyme est considérablement réduit.

Cette observation convient à merveille pour faire ressortir les cas dans lesquels une orchite peut laisser, comme ici, après elle, un gonflement de l'épididyme, qui pourrait être pris comme l'affection primitive et unique, si l'on ne connaissait le début de la maladie. L'observation suivante se rapporte à un cas, presque semblable d'orchépididymite.

OBSERVATION XXXVI

Observation VIII d'Allen

ÉPIDIDYMITE GAUCHE. — FORME CHRONIQUE. — ORCHITE
CONCOMITANTE. — TRAITEMENT IODURÉ ET GUÉRISON.

A. J..., 28 ans, admis le 22 septembre 1891.

Il avait eu un chancre sept ans auparavant, suivi d'accidents secondaires, et lors de son entrée, il avait encore des marques de syphilis. Onze semaines auparavant le testicule gauche avait augmenté de volume, et lorsque je le vis pour la première fois le 1^{er} janvier 1892, l'épididyme seul était malade; il avait augmenté de volume, et il était tendu à la palpation.

Il sortit guéri le 7 mars 1892.

OBSERVATION XXXVII

Observation IX d'Allen

ÉPIDIDYMITE DROITE. — FORME AIGÜE, GOMMEUSE, PUIS CHRONIQUE. —
VAGINALITE. — BLENNORRHAGIE ANTÉRIEURE. — PAS D'ANTÉCÉDENTS
SYPHILITIQUES. — LE TRAITEMENT MIXTE PRODUIT UNE AMÉLIORATION
SENSIBLE, MAIS NON LA GUÉRISON.

M. F..., âgé de 24 ans, vint me consulter en octobre 1890. Il me raconta que son testicule gauche l'avait inquiété pendant cinq ans. Il avait d'abord eu un abcès dans l'aîne gauche, qui, dit-il, était descendu, formant un abcès dans le testicule gauche, abcès qui s'était ouvert à travers le scrotum. Peu de temps après il eut un abcès périnéal. L'affection du testicule avait laissé à sa suite une fistule, qui donnait encore issue à du liquide, lorsque je le vis pour la première fois. Le malade avait eu une blennorrhagie, il y a cinq ou six ans, et il affirmait qu'elle avait com-

mencé avant l'abcès scrotal et inguinal. Il considérait qu'il n'y avait aucun rapport entre ces affections et le trouble urétral. Il n'avait jamais eu de maladie vénérienne grave sauf cette blennorrhagie, et jamais la moindre manifestation de syphilis, dont l'idée fut, d'après son dire, rejetée par le médecin qui le soigna alors, comme le fut d'ailleurs le diagnostic de tuberculose. On chercha même les bacilles, et on n'en trouva pas. Cette affection fut considérée, dit-il, comme une inflammation simple.

Il y a 5 mois, son testicule droit commença à l'inquiéter ; une petite grosseur de même volume que celle qui avait apparu 5 ans auparavant du côté gauche, avant l'abcès, se remarquait sur le testicule droit. Cette grosseur avait été indolente jusqu'aux 3 jours qui précédèrent sa première visite. Une tuméfaction aiguë commença alors, accompagnée d'adhérences de la peau du scrotum avec les parties qu'elle recouvrait, et d'une induration des tissus.

A l'examen, l'épididyme gauche est augmenté de volume, dur, bosselé, insensible à la pression, et au niveau de la queue de l'organe, une fistule communique avec les parties voisines du scrotum. Autour de la fistule, les tissus sont indurés, surtout autour de son orifice externe. Le testicule est petit, atrophié, sclérosé.

L'épididyme droit présente trois fois son volume normal. Il est épais, noueux et irrégulier. La tunique vaginale est pleine de liquide qui, d'après le malade, a paru rapidement et pour la première fois. Le liquide dont le poids égale environ 8 onces (240 gr.) fut ponctionné, sans injection consécutive. — Iodure de potassium. — Onguent mercuriel belladonné.

Je ne revis le malade qu'au bout d'un mois. Pendant ce temps, il n'a plus souffert, et l'épanchement dans la vaginale est à peu près le tiers de ce qu'il était la première fois.

L'iodure à la dose de 10 grains (0 gr. 50) a produit la salivation, des douleurs de gorge. On diminue d'un grain, et on continue à diminuer graduellement la dose dans la suite. La santé générale est meilleure, et l'épididyme est en meilleur état. — 10 jours après, ponction, 5 onces de liquide (150 gr.) : continuation du traitement. En moins d'un mois, la fistule du côté gauche est fermée. La tumeur de l'épididyme est diminuée, mais devenue beaucoup plus dure. Du côté droit, l'épanchement réapparaît.

6 janvier 1891. — En essayant de retirer le liquide, on ponctionne accidentellement l'épididyme. Une petite quantité de

liquide sanguinolent s'écoule. Le malade a une syncope et l'opération est suspendue. Ce fut la dernière tentative du traitement chirurgical de l'hydrocèle, et quoique une très petite quantité de liquide ait été enlevée, le reste se résorba, et ne s'est pas reproduit. On met alors le malade au tannate de mercure : 3 grains par jour (0 gr. 15).

20 janvier. — Le testicule gauche semble s'atrophier de plus en plus. La seconde fistule a cessé de couler. La fistule antérieure reste fermée. Le malade reconnaît qu'il y a eu une amélioration considérable des deux côtés.

Du côté droit, à l'endroit où existaient des adhérences de la peau aux parties voisines, lorsque le malade commença son traitement il y a 3 mois, s'est ouvert une fistule donnant issue à un pus jaune.

12 mars. — L'épididyme droit est nettement plus petit. (Les fistules continuent à couler).

22 octobre. — Le malade dit qu'il a pris pendant l'été 2 onces d'iodeure (60 grammes). Je lui ordonne des pilules de tannate de 1/2 grain (0 gr. 0025) ; 3 par jour.

29 novembre. — L'amélioration continue. Pas de liquide dans la vaginale ; aucune douleur. La sensation de pesanteur a disparu. Les tumeurs ont beaucoup diminué. Le testicule est souple et petit. L'épididyme entier est plus gros qu'à l'état normal, et le globus major est tout à fait dur. Les deux fistules coulent peu : continuation du tannate. Je ne revois plus le malade depuis cette époque, pendant une année, et il néglige son traitement.

13 novembre 1892. — Le malade raconte que ses fistules se sont fermées, n'ont pas coulé pendant longtemps. Le scrotum se contracte bien autour des testicules, rendant l'usage d'un suspensoir inutile. Le malade se considère lui-même comme guéri.

En décembre 1892. — Le malade contracte une blennorrhagie. Gonflement du testicule droit. Les fistules se rouvrent et peu de temps après une nouvelle fistule apparaît du côté gauche. Traitement : Solution concentrée d'iodeure, qui doit être augmentée progressivement.

1^{er} février 1893. — L'examen permet de reconnaître que l'épididyme des deux côtés, quoique toujours ferme et irrégulier, est augmenté de volume. La fistule la plus récente donne issue à un liquide aqueux. Le malade considère sa situation comme satisfaisante.

Je ne l'ai pas revu depuis ; je lui avais ordonné de continuer l'iodeure.

CONCLUSIONS

1° L'épididyme peut être atteint par la syphilis à ses diverses périodes, comme le testicule, et être atteint isolément.

2° L'épididymite syphilitique tertiaire isolée, c'est-à-dire sans lésion du testicule, est une manifestation rare de la syphilis tertiaire.

3° Elle présente des caractères qui permettent de la différencier des épididymites blennorrhagique et tuberculeuse, ainsi que des néoplasmes épididymaires.

4° Son indolence habituelle, et son développement peu rapide, la font quelquefois passer inaperçue aux yeux du malade ou du médecin peu attentif. Il est donc nécessaire d'explorer toujours les bourses en cas de syphilis.

5° Toute épididymite, qui présente les caractères que nous avons décrits, évoluant chez un individu indemne de blennorrhagie, et de tuberculose, peut être rapportée à la syphilis, alors même que les antécédents syphilitiques manqueraient totalement, et serait justiciable du traitement.

6° L'épididymite tertiaire cède généralement au traitement ioduré. Toutefois il est préférable d'em-

ployer le traitement mixte, qui agit plus vite et plus sûrement.

7° Chaque fois qu'il y aura doute sur la nature d'une affection épididymaire, il sera bon d'instituer le traitement spécifique.

Vu par le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTRUC. — Traité des malad. vén., traduit par Louis, 1779.
- J. HUNTER. — Traité des mal. vén., 1786.
- Benj. BELL. — Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne, 1793.
- ASTLEY COOPER. — Œuvres chirurgicales. Traduction de Chassaignac et Richelot, 1837.
- DE CASTELNEAU. — Mémoire sur les engorgements syphilitiques du testicule, 1844.
- RICORD. — Gazette des hôpitaux, p. 503, 1845.
- HÉLOT. — Mémoire sur le testicule syphilitique. Journal de chirurgie de Malgaigne, tome IV, 1846.
- NÊLATON. — Leçon sur le sarcocèle syphilitique. Gazette des hôpitaux, 1852.
- MELCHIOR ROBERT. — Nouveau traité des maladies vénériennes.
- CURLING. — Traité pratique des maladies du testicule, 1857. Traduit et annoté par Gosselin.
- DRON. — De l'épididyme syphilitique. Archives générales de médecine, 1863, t. II, novembre et décembre, p. 513 et 724.
- ROLLET. — Traité des mal. vén., 1866.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1866.
- CULLERIER. — Traité des mal. vén., 1866.
- SIGMUND, de Vienne. — Ueber die syphilitic. Erkraükung der Nebenhoden. Wien. Med. Press. IX, 2, 1868.
- ZEISSL (de Vienne). — Traité clinique et thérapeutique des mal. vén.
- TANTURRI. — Epididimiti secundana e gommosa : Il Morgagni, fasc. 2, 1872.
- GUEL. — Du sarcocèle syphilitique. Thèse de Paris, 72.
- FOURNIER. — Leçons cliniques de l'hôpital de Lourcine sur le sarcocèle syph. Mouvement médical, 1874.

BALME. — Étude sur l'épididymite syphilitique précédée de quelques considérations sur les périodes secondaire et tertiaire de la syphilis. Thèse de Paris, 1876.

CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.

TÉDENAT. — Étude sur les affections syphilitiques du testicule. Montpellier médical, 1881, p. 438 et 505.

RECLUS. — Syphilis du testicule, 1882. Dict. Dechambre : Testicule syph. 1886.

ROHMER. — Du sarcocèle syph., th. d'agrég. 1883.

PASCALIS. — De l'épididymite syph., thèse de Paris, 1884.

O. PINNER. — Mémoire : Ueber epididymus syphilitica. Berl. Klin. Wochenschrift. 1884, n° 41, p. 655.

DIDAY. — La Pratique des maladies vén., 1886.

JULLIEN. — Traité des mal. vén.

MONOD et TERRILLON. — Mal. du test. et de ses annexes, 1889.

MAURIAC. — Syphilis héréditaire et syph. tertiaire, 1890.

CUILLERET. — De l'épididymite syphilitique secondaire. Thèse de Lyon, 1890.

THOMAS. — Un cas d'épid. tardive. Journ. of. cent. dis., août 1891.

DUPLAY-RECLUS. — Traité de chirurgie, 1892, t. VIII.

DRON. — Congrès des sociétés savantes, communication sur l'épididymite tertiaire.

ROLLET. — Épididymite syphilitique tertiaire. Archives prov. de chirurgie, II, 4, 1893.

ALLEN. — Syphilis de l'épididyme. American journ. of med. sciences, avril 1894.

